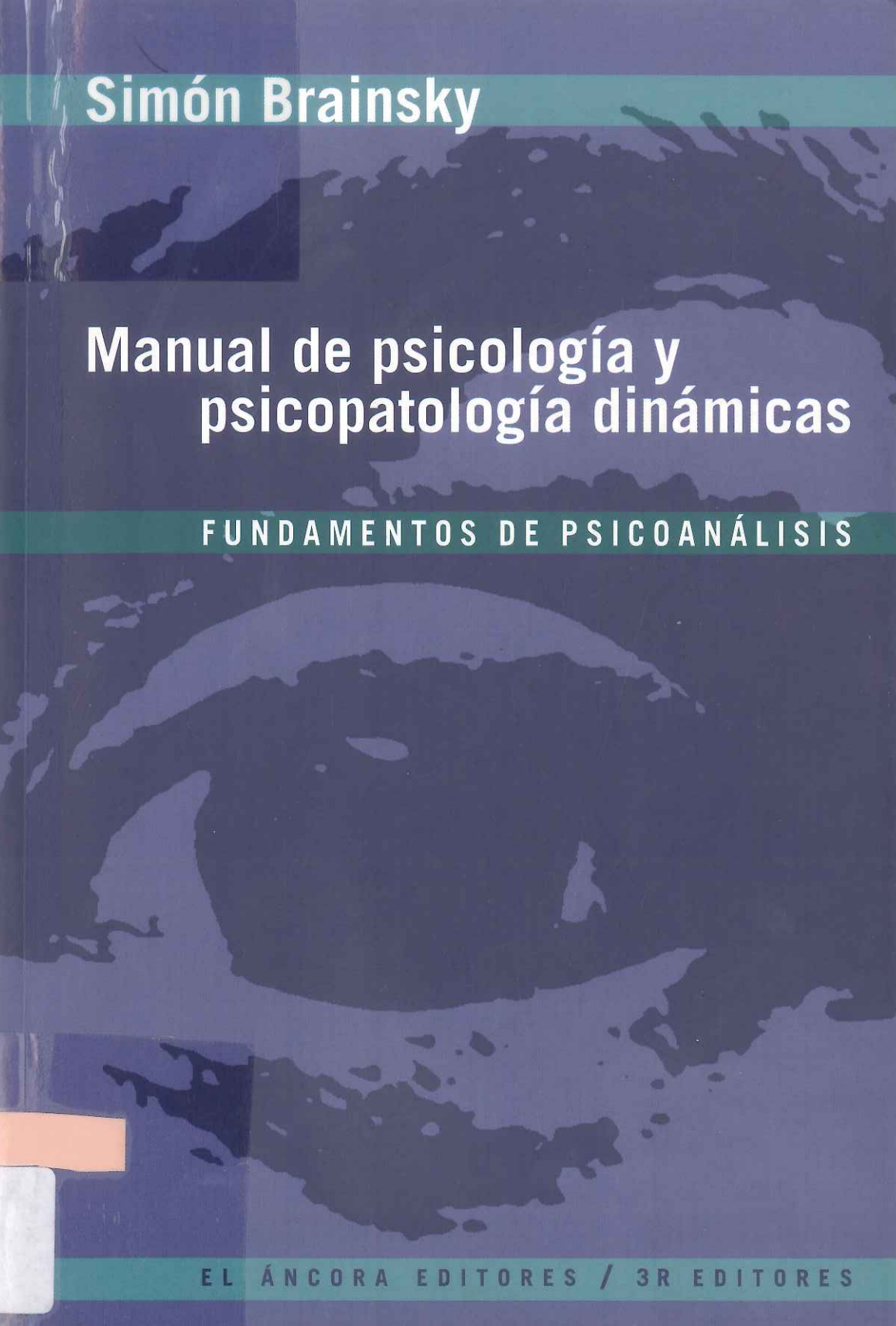




Simón Brainsky

Manual de psicología y psicopatología dinámicas

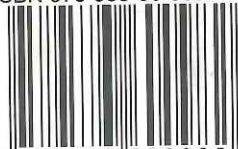
FUNDAMENTOS DE PSICOANÁLISIS

EL ÁNCORA EDITORES / 3R EDITORES

El *Manual de psicología y psicopatología dinámicas* se centra en el estudio de aspectos medulares del modelo básico del psicoanálisis y busca, a través de un lenguaje claro y didáctico, hacer accesibles los intrincados conceptos de la teoría psicoanalítica. Este libro, uno de los pocos en su género que un especialista colombiano haya llevado a cabo, se constituye no sólo en una obra indispensable en el aula, sino en un valioso aporte para todos aquellos que deseen precisar y actualizar sus nociones básicas sobre una teoría cuya incidencia en el pensamiento occidental ha sido decisiva.

www.panamericanaeditorial.com

ISBN 978-958-36-0098-2



9 789583 600982

MANUAL DE PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DINÁMICAS

**FUNDAMENTOS DE
PSICOANÁLISIS**

SIMÓN BRAINSKY

MANUAL DE PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DINÁMICAS

**FUNDAMENTOS DE
PSICOANÁLISIS**

El bibliotecólogo \$36.000=

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA	
BIBLIOTECA	
Fecha de Recibido: 15 MAYO 2014	No. de Clasificación: 150.195
No. inventario: 00042283	B 814. E: 5

EL ÁNCORA EDITORES / 3R EDITORES

Primera edición: Editorial Pluma
Bogotá, 1984

Tercera edición: El Áncora Editores
3R-Editores
Bogotá, 2003

Primera edición: Panamericana Editorial Ltda.
Bogotá, julio de 2003

Segunda reimpresión, octubre de 2012

ISBN: 978-958-36-0098-2

Ilustración: Fotografía de Simón Segovia (detalle)
Diseño de carátula: Camila Cesarino Costa
Preprensa digital: Elograf

© Derechos reservados: 2003. Simón Brainsky
El Áncora Editores
3R-Editores
Bogotá, Colombia

3R Editores
Calle 12 No. 34-30, Tel.: 3649000
El Áncora Editores
Avenida 25C No. 3-99, Tel.: 3426224
Bogotá D.C. - Colombia

Todos los derechos reservados.
Prohibida su reproducción total o parcial
por cualquier medio sin permiso del Editor.

Impreso por Panamericana Formas e Impresos S.A.
Calle 65 No. 95-28, Tel.: 4302110
Quien sólo actúa como impresor.
Impreso en Colombia
Printed in Colombia

*A la memoria de mi padre,
Salomón Brinsky*

CONTENIDO

Prólogo a la tercera edición	I
Reconocimientos	13
Prólogo	15
Prólogo a la segunda edición	19
Nota preliminar	23

1. Introducción

Conceptos introductorios 25. Los fenómenos mentales 25. Problemas para el estudio de la teoría psicoanalítica 27. Concepto de ansiedad 28. Criterios de normalidad 30. Concepto de síndrome y multideterminación de los fenómenos biopsicológicos 31. Notas 35.

2. Metapsicología (I)

Concepto psicoanalítico de la personalidad

La personalidad 37. Metapsicología (definición) 39. El punto de vista dinámico 39. El punto de vista económico 42. Notas 45.

3. Metapsicología (II)

El punto de vista topográfico

Lo consciente 47. Lo preconscious 47. Lo inconsciente 48. Proceso primario y proceso secundario 48. Lo consciente, lo preconscious y lo inconsciente 52. Notas 54.

4. El punto de vista estructural

El punto de vista estructural 57. El ello o id 58. Características del instinto 59. Vicisitudes de los instintos 60. El yo 61. El superyó 62. Las teorías instintivas 63. Primera teoría instintiva 63. Las neurosis 63. La neurosis de angustia 66. Neurastenia 68. La despersonalización 69. Hipocondría 69.

Significados del síntoma 72. Las neurosis de defensa 73. La histeria 74. La neurosis obsesiva 78. La neurosis fóbica o histeria de angustia 80. Notas 82.

5. La segunda teoría instintiva

Postulación 85. Libido narcisística y libido objetal 85. Concepto de narcisismo 86. Segunda clasificación de las neurosis 88. La esquizofrenia 88. Ideas de Freud sobre la esquizofrenia 91. Algunas consideraciones en relación con la psicosis maniaco-depresiva 95. Notas 97.

6. La tercera teoría instintiva

Caminos biológicos 99. Los caminos clínicos 100. Destinos del instinto de muerte 102. Fusión y defusión 102. Implicaciones de la tercera teoría instintiva 103. Consecuencias sobre la teoría y la técnica psicoanalítica 106. Consideraciones sobre la angustia a la luz de las tres teorías instintivas 109. Notas 113.

7. La teoría psicoanalítica de los sueños

Consideraciones generales 115. Hipótesis de Freud sobre la construcción de los sueños 117. El trabajo del sueño 119. Sueño y pensamiento 121. Notas 122.

8. El yo o ego y el superyó o superego

Definiciones 123. Orígenes del yo 124. Puntos de confluencia relacionados con el surgimiento del yo 125. El superyó 130. Notas 133.

9. Los mecanismos de adaptación y las funciones yoicas

Definición y función 135. Represión 137. Proyección 141. Identificación proyectiva 143. Racionalización 144. Compensación 145. Formación reactiva 146. Sublimación 147. Conversión 149. Disociación 151. Desplazamiento 152. Evitación 152. Simbolización 152. Un ejemplo de combinación de defensas en el caso de las fobias infantiles 154. Negación 155. Condensación 158. Identificación 158. Un modelo de los procesos de identificación y de la configuración de las relaciones objetales 162. Idealización 164. Fijación 166. Regresión 167. Fantasía 169. Transferencia 171. Notas 173.

10. Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual

Consideraciones introductorias 178. Sexualidad infantil 178. Estudio de las etapas del desarrollo de la personalidad 180. La etapa oral 181. Etapa anal 189. Algunas consideraciones sobre el desarrollo del yo, las relaciones objetales y la personalidad narcisística 194. Notas 199.

11. El edipo

Fantasia y recuerdo 203. Variantes y vicisitudes del complejo de Edipo 209. Notas 213.

12. Breve resumen de dos desarrollos psicoanalíticos sobre la gestación temprana de la personalidad

Hartmann: escuela del yo 215. Melanie Klein: punto de vista objetal 220. Notas 230.

13. Latencia y adolescencia. Las ocho edades del hombre. La crisis de la mitad de la vida

Orígenes de la latencia 233. Logros de la etapa de latencia 235. Metas básicas del desarrollo en la adolescencia 236. Mecanismos de defensa 237. El síndrome normal de la adolescencia 238. Los duelos 238. Las ocho edades del hombre 241. La muerte y la crisis de la mitad de la vida 249. La creatividad escultórica 250. Notas 252.

14. Introducción a los fundamentos de la teoría de la técnica psicoanalítica.

El psicoanálisis como tratamiento 255. Gestación de la neurosis 256. Situación analítica 257. Significados del encuadre 258. Habitualidades 259. Regla fundamental del psicoanálisis 262. Resistencias 263. Neurosis de transferencia 264. Contratransferencia 266. Sugestión 269. Persuasión 269. Catarsis 269. Manipulación 270. Clarificación 270. Interpretación y elaboración 271. Metas e indicaciones 279. Notas 280.

Bibliografía 283

Índice temático 293

Índice de autores 299

PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN

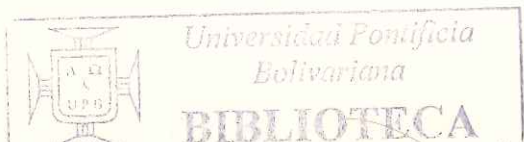
Conocí a Simón Brainsky por allá en 1960, cuando aprobó el curso de psiquiatría clínica en la Universidad Nacional. Lo reconocí cuando me propuso quedarse, durante las vacaciones, como asistente en el servicio del asilo de locas. Desde entonces soy testigo de su apasionamiento por el área. Hoy es destacado psicólogo, psiquiatra y psicoanalista. Las tres áreas, distintas en la teoría y la práctica, han sido conjugadas por Simón con éxito. La psicología estudia y trata el comportamiento y la conducta de los seres; la psiquiatría se ocupa de las enfermedades mentales, en especial de la psicosis, tratándolas con métodos biológicos, psicofármacos, psicoterapéuticos; el psicoanálisis trata las personas más que las enfermedades y las comprende teniendo en cuenta ese mundo desconocido que llamamos inconsciente.

El *Manual de psicología y psicopatología dinámicas* es producto de esa integración.

Un libro que alcanza la tercera edición y varias reimpressiones en vida del autor, habla a favor de lo perdurable de la obra, y de ello son responsables sus lectores. Pero este libro no es un libro para leer, es para estudiar, para consultar. Por eso se ha convertido en texto de estudio de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas. Expone en forma sencilla, amena y didáctica, sin perder la profundidad, los conceptos psicoanalíticos básicos. Ha venido a llenar el vacío que existía en la enseñanza de la psicología y patología dinámicas.

Se necesita haber vivido en carne propia la fuerza del inconsciente para poder entender y transmitir la complejidad de su influencia. Su dinámica contradice la simplicidad de oponer contrarios, y más bien implica que conceptos como salud y enfermedad se integran. No nos dice que somos enfermos sino que somos sanos y enfermos, mente y cuerpo, adentro y afuera, integración que ofrece una visión más completa de los fenómenos.

Así que el libro sobrepasa la era de la ciencia descriptiva y fenomenológica y desde un contexto dinámico, los instintos, la teoría estructural, y el funcionamiento del yo, con sus mecanismos de defensa, son los mojones que mueven la estructura de la mente.



II *Prólogo a la tercera edición*

La obra científica de Simón es extensa en la práctica clínica, en la docencia, en la investigación. Tiene la ventaja de divulgarla en numerosos trabajos científicos de psicoanálisis clínico y aplicado y en viva voz desde la cátedra.

Lo que le ha entusiasmado siempre es dictar clases, pero también es un lector voraz y lo apasiona la literatura. Goza con ser un amable contradictor y discutidor.

Es un crítico científico de cine y de películas. Todas las ha visto. Su erudición abarca más polos. Es un experto en música clásica. Fui su instructor en psiquiatría clínica en la cátedra de la Universidad Nacional y hoy él es el mío en música y literatura y aun en psicoanálisis. Qué orgullo se siente cuando el hijo supera al padre.

Por último, quisiera agregar que la ayuda bibliográfica del libro es un aporte al estudioso. Sus temas pueden ser ampliados con autores nacionales e internacionales.

Luis Yamín Habib
Bogotá, junio de 2003

RECONOCIMIENTOS

Quisiera en primer término expresar la gratitud a mi esposa Sulamita Reines y a las psicólogas Beatriz Pinzón de Santamaría, Clementina Holguín y Leonor Moreno de Rojas, sin cuya constante, activa y desinteresada colaboración este libro no se habría, posiblemente, estructurado.

Desearía evocar también la memoria de Camilo Arango, destacado psiquiatra colombiano, ya fallecido, quien en 1964 escribiera un excelente tratado de psicología dinámica. Asimismo agradezco el estímulo prestado por Graciela Aldana de Conde, decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana y por Horacio Taborda, jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la misma universidad, quien ha sabido combinar en forma muy adecuada la libertad académica y la rigidez administrativa; a Francisco Cobos, por sus valiosas sugerencias; y muy especialmente a Eduardo Gómez Escallón, por la elaboración del prólogo.

Finalmente, aunque es imposible nombrarlos a todos, a mis profesores y alumnos que, a lo largo de más de diez años de trabajo en conjunto, me han permitido llevar a cabo un continuo y fluido proceso de aprendizaje.

PRÓLOGO

Grata tarea ésta de escribir un prólogo al libro de Simón Brainsky. Una amistad que ya va para largo, y cuya borrosa prehistoria se remonta a algunos encuentros esporádicos en la infancia, en casa de un amigo común y luego al Bogotá del "Tout-va-bien" y del Teatro Chile. Despertar de la adolescencia, con su sensación de que "todo-iba-bien". Era la época en que todavía no se corría el riesgo de morir asesinado a la vuelta de cualquier esquina. Creíamos que, como en Macondo, aún no había muerto nadie.

Durante algunos días, muy pocos, nos encontramos en el batallón Miguel Antonio Caro, por aquello del servicio militar obligatorio. Luego, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y sus inolvidables maestros: Darío Cadena, continuador de la tradición de los grandes anatomistas franceses y del famoso Rivas Merizalde, a quien no alcanzamos a conocer sino apenas a través de sus terroríficas anécdotas. El profesor Almánzar, con su elegante manejo del idioma. Humberto Janer en histología, recto y severo. En medicina interna, el profesor Uribe Uribe, a quien sólo verle practicar un examen físico era ya todo un espectáculo. Recordamos la manera como rechazó un merecido homenaje que se le quiso hacer con motivo de cumplir los cincuenta años de ejercicio profesional: "Yo soy de los que hablan en 'Ritmo de otoño'", les decía, citando al poeta: *"Pasamos tantas penas cruzando los caminos, / quisiéramos saber lo que nos hablan los álamos del río."*

Y además, Gustavo Montejo Pinto y Eduardo Cortés Mendoza. En pediatría, el profesor Julio Araújo Cuéllar, heredero de la tradición médica de su tío Manuel Antonio Cuéllar Durán. En fin, toda una época de la escuela francesa, hasta la llamada "reforma" de Paredes Manrique, que nos sorprendió a mitad de camino y con la cual se introdujo el esquema médico norteamericano, que nos vino a enseñar una medicina ciertamente más científica y técnica, pero también menos clínica y menos intuitiva.

Más tarde, la clínica Santo Tomás, y ya estamos a finales de la década del sesenta. Allí tenemos la oportunidad de conocer, junto con los amigos Julio Núñez y Orlando Cabrera, enfoques psiquiátricos tan

interesantes y diversos como los de Hernán Vergara, Ariel Durán, Jorge Giraldo y César Constaín. Así se remata una formación médico-psiquiátrica, para entrar en la etapa del entrenamiento psicoanalítico, con toda su severidad y disciplina y también con sus ansiedades. Y otros maestros: Guillermo Arcila, Tufik Meluk, Carlos Plata, Luis Yamín, Guillermo Sánchez, Alfonso Sánchez, Inga de Villarreal. Y el análisis personal con Gustavo Angel, experiencia emocional inefable.

Además, ya se ha iniciado la amplia carrera docente, en diferentes niveles: en las facultades de medicina y psicología de la Universidad Javeriana y simultáneamente en el Instituto Colombiano de Psicoanálisis, del que actualmente es analista didacta.

Su amistad, siempre presente, sobre todo en los momentos difíciles; un fino y exquisito sentido del humor; su aguda y rápida inteligencia y una asombrosa capacidad de trabajo, de la cual este libro es tan sólo una muestra, todo ello constituye lo esencial de su rica personalidad. Además, siempre con el estímulo y apoyo de su esposa Sula, compañera de todos los días.

Magnífica organización la que dio al Congreso de Psiquiatría reunido en Bogotá en 1981, que fue todo un éxito. Y luego todas sus actividades como presidente de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría durante el período 1981-1982.

A esto agreguemos una vocación literaria, expresada en un estilo limpio y fluido. Vocación seguramente heredada de su padre, autor de un hermoso libro de cuentos bogotanos, *Gentes en la noria*, "maravillosa captación del ambiente de la ciudad y de sus gentes", vertido al castellano por el poeta Luis Vidales.

Este texto va a servir, sobre todo, a los estudiantes, a manera de "noria", para satisfacer su necesidad de conocimientos en estas materias. *Elementos de psicología y psicopatología dinámicas* viene a llenar un vacío, una necesidad sentida. La aproximación general al tema es siempre de orientación médica. Además de muchos elementos clínicos, tenemos que ver con pura teoría freudiana, sometida a un laborioso trabajo de decantación; y también con mucho de más importantes continuadores: Klein, Bion y Meltzer, en una línea y, en la otra, Hartmann, Kohut y Kernberg, como representantes del psicoanálisis norteamericano. Lo que no excluye una amplia revisión bibliográfica de muchos autores, y, entre ellos, varios colombianos.

Por estar hondamente arraigado en lo biológico, el psicoanálisis ha resultado hasta ahora el mejor intento en superar la dicotomía mente-cuerpo, en la que todavía nos debatimos. Punto éste que el libro

toca en varias partes. Ya en 1888, Freud entra a terciar en la polémica Charcot-Bernheim, para concluir que en el fenómeno del hipnotismo intervienen tanto factores psíquicos como fisiológicos, y que éstos solamente representan las dos caras de la misma moneda.

La distribución por capítulos se refiere a diferentes temas. Entramos, entonces, en los conceptos de ansiedad en tanto que motor de la vida psíquica y de síndrome, en el que, ante todo, se destaca la multicausalidad de los fenómenos.

El demasiado intrincado tema de la metapsicología es desarrollado a través de los diferentes puntos de vista, comenzando por los contemplados inicialmente por Freud y luego los que posteriormente se han ido agregando, como es el caso de lo adaptativo.

Las teorías instintivas constituyen un aspecto central del psicoanálisis y están expuestas de manera crítica, mostrando las polémicas que a su alrededor se han suscitado, como en el caso de la tercera teoría freudiana.

Flectare si nequo Superos, Acheronta movebo, fue el epígrafe que colocó Freud a su famoso libro *La interpretación de los sueños*, de 1900. Quería significar que el psicoanálisis va a remover los más profundos abismos instintivos del hombre, y que estas pulsiones demoníacas se hacen presentes en el contenido de los sueños. Se agregan las interesantes teorías de Angel Garma sobre el tema, y en especial la de la "situación traumática".

El capítulo dedicado a los mecanismos de defensa, quizás el más extenso y completo, nos muestra un enfoque dinámico de ellos, que ante todo vienen a constituir algo así como la fisiología de la psique. Y se describen sus varias funciones, todas ellas relacionadas: el manejo de la ansiedad, la adaptación a la realidad, el intento de elaborar los conflictos internos.

El concepto de Edipo va evolucionando paulatinamente, desde los clásicos conceptos freudianos hasta el llamado Edipo temprano, descrito por Melanie Klein. Además, algunas nociones antropológicas sobre las modificaciones del Edipo en las culturas matriarcales.

Gráficos ilustrativos, didácticos y originales, que hacen más fácil la lectura del libro. Y también muchos ejemplos tomados de la literatura, de los mitos, de los cuentos infantiles y de las coplas que los pueblos lanzan al aire y que recogen bellamente trovadores como Atahualpa Yupanqui.

Y, para terminar, la exposición de lo esencial de la terapia analítica, hecha de manera sistemática y clara, explicando de paso

algunas diferentes modalidades técnicas, como el "análisis directo" de Rosen.

Nos encontramos, pues, en presencia de una obra densa, profunda y sólida, producto de una amplia experiencia clínica docente, y que seguramente en poco tiempo, se va a hacer necesaria y difícilmente sustituible.

Eduardo Gómez Escallón

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

En este segundo prólogo, es mi propósito participar al lector de la vivencia personal emanada de la grata experiencia que he tenido al leer el texto del doctor Simón Brainsky Lerer.

La expectativa que se tiene cuando un libro aparece encierra el enigma de si logrará o no establecer un diálogo fecundo entre autor y lector. Tal perspectiva en el presente caso ha sido superada con creces, pues el mismo hecho de que sea imprescindible una segunda edición indica que la empresa comunicativa se ha dado a plenitud. De acuerdo con Borges, cuando afirmaba que la vida de un libro depende de sus lectores, se puede concluir que la presente publicación está en progresivo desarrollo vital.

Esta obra es una de las pocas en su género que un especialista colombiano, en los campos de la psiquiatría y del psicoanálisis, haya llevado a cabo. Como antecedentes importantes se pueden mencionar el *Tratado de clínica de las enfermedades mentales*, publicado por el profesor Luis Jaime Sánchez en 1952, y la *Psicología dinámica* del doctor Camilo Arango Jaramillo, en 1964. Transcurrieron cerca de 20 años para que pudiéramos contar con este nuevo escalón didáctico, que demuestra esfuerzo, erudición y eclecticismo difíciles de superar en obras de tal magnitud.

El objetivo principal de este libro es hacer accesibles los intrincados conceptos del psicoanálisis a las personas que deseen tener un conocimiento global de él. Así mismo, es una condensación de teorías hecha en forma clara, concisa y completa, para que los ya conocedores puedan precisar y actualizar nociones básicas.

Para comprender la mente humana es necesaria una concepción que va más allá de lo témporo-espacial controlado por la conciencia. Es indispensable adentrarse en la penumbra de lo inconsciente y encontrar que cada ser es único e infinitamente complejo, para lo cual sólo cabe una posición humilde aceptando que meramente es posible atisbar el universo psicológico.

Ante esta frustración el narcisismo del hombre, fomentado por sus tendencias omnipotentes, pretende encontrar respuestas numéricas al comportamiento de la persona y hacer responsable exclusiva de los



sentimientos a tal o cual sustancia química. Es entonces aparentemente más sencilla la respuesta farmacológica a la angustia, en lugar de participar de ella para poderla entender y resolver. Así como es supuestamente más fácil atribuir únicamente a la falla de un neurotrasmisor la causa de un proceso depresivo, que convivir con el ser culposos y abandonados.

Por todo lo anterior, la labor docente que el doctor Brainsky está haciendo es encomiable. Este libro es un ejemplo de ello y ha demostrado ser un valioso aporte, que facilita la tarea para que maestro y alumno puedan discutir sobre salud y enfermedad, sin dejarse llevar de los cantos de ninfa del mecanicismo, ni caer en el precipicio del animismo, para poder comprender al hombre con eclecticismo humanista.

Otra característica de este manual es el aporte literario mediante epígrafes que llevan a la meditación al comenzar cada capítulo, y numerosas acotaciones que van desde Thomas Mann hasta Atahualpa Yupanqui o de Shakespeare a Cortázar, para mostrar la necesidad de integrar dos ramas del conocimiento aparentemente distantes, pero que en el fondo no lo son, y que, según Freud lo anotó, los psicoanalistas y los poetas compartimos, como los que más, las pasiones humanas.

La exposición, que está enriquecida por múltiples referencias bibliográficas, paralelamente permite ver el pensamiento del autor, quien va aportando sus propias hipótesis mediante un fructífero intercambio de ideas, hecho que hace de su lectura algo instructivo y placentero.

El doctor Brainsky ha sido un docente por excelencia. A lo largo de su labor como catedrático de las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Javeriana de Bogotá, del Instituto Colombiano de Psicoanálisis, y como permanente impulsador de las tareas docentes de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, ha ido sembrando, durante muchos años, una semilla fructífera, de lo cual dan testimonio esa pléyade de alumnos que han tenido la grata oportunidad de asimilar sus enseñanzas. Han encontrado en él alguien versado a fondo en los intrincados vericuetos de las ciencias psicológicas y al mismo tiempo, mediante su cálida personalidad, los conocimientos son transmitidos dentro de una amalgama de ciencia y amistad, expresando así enteramente su capacidad docente.

La enseñanza de la psicología dinámica, y más concretamente del psicoanálisis, es una labor especialmente compleja en nuestro mundo científico actual, en que se tiende al predominio del mecanicismo, en detrimento de lo humanístico. En este sentido el hombre enfermo tiende

a ser valorado como "un computador muy complejo" que se ha descompuesto, y por tanto es necesario cuantificar ese daño. Cabe la pregunta: ¿Se podrá algún día medir la angustia, la depresión, la envidia o los celos? Considero que a tales sentimientos dicha concepción filosófica nunca podrá darles una respuesta satisfactoria. Jean Rostand escribía: "El mecanicismo pide simplemente plazos para terminar su obra, que es explicar la vida sin la vida".

Finalmente, es mi deseo que el autor de esta obra prosiga su labor didáctica mediante el aporte de nuevas publicaciones que llenen el vacío existente en nuestro medio, y se constituya en un animoso ejemplo para que pensadores colombianos emprendan la tarea de darle a nuestro país, y al medio latinoamericano, textos que contribuyan en forma decisiva a la enseñanza de las ciencias psicológicas como el presente libro.

Alfonso Sánchez Medina
Bogotá, julio de 1986

NOTA PRELIMINAR

El psicoanálisis, “fundamento y raíz de la psicología dinámica”, constituye un intento de comprensión del ser humano y de su evolución, vicisitudes y crisis. Estructura así una lente específica con las ventajas y limitaciones inherentes a cualquier sistema de conocimiento.

La fuente básica del psicoanálisis es, por supuesto, Freud y el retorno continuo a su estudio es en extremo enriquecedor. Por otra parte, la disciplina no ha permanecido estática. Constantemente se presentan desarrollos enfocados a diferentes puntos de la teoría y de la praxis, algunos de los cuales se mantienen próximos a las premisas fundamentales postuladas por Freud, en tanto que otros han buscado horizontes distintos, abriendo así caminos nuevos e interesantes que ayudan a ver aspectos diversos del complejo y fascinante fenómeno de lo humano, no capturable por una única escuela de pensamiento, por rica que ella sea.

Este manual se centra en el estudio de aspectos, a mi entender, medulares, del modelo básico del psicoanálisis freudiano y de algunos de sus desarrollos.

He omitido el estudio de otros autores que han creado nuevas escuelas de psicología profunda y que han hecho aportes considerables a la realidad psicobiológica del hombre. Baste mencionar, a guisa de ejemplos, a Jung, Adler, Horney, Sullivan, Lacan o Fromm.

Esta omisión no corresponde en ningún sentido a una falta de valoración de dichos aportes, sino a un intento de ubicar en el contexto de esta introducción los conceptos psicoanalíticos más clásicos y algo de su evolución. La clarificación de estos conceptos puede ser útil para la comparación, la confrontación respetuosa y el diálogo con otras maneras de abordar aquello que denominamos psíquico.

Por último, vale la pena aclarar que cada cual hace su lectura propia de Freud. No obstante, confío que las limitaciones o confusiones personales no se relacionen con problemas centrales de contenido.

1. INTRODUCCIÓN

Ello es, Horacio, que en el Cielo y en la Tierra hay más de lo que puede soñar tu filosofía...

William Shakespeare, *Hamlet*

Conceptos introductorios

La psicología dinámica es el estudio de lo inconsciente, o bien, y en otros términos, el estudio del interjuego funcional que existe entre nuestras motivaciones conscientes y los impulsos y deseos inconscientes. Su base es el psicoanálisis, tal como lo concibieron y estructuraron Freud y sus discípulos. La dinámica intenta establecer una correlación estructurada entre lo que habitualmente consideramos, con cierta arrogancia, racional, y las fuerzas oscuras de nuestro propio interior, que prestamente denominamos "irracionalidad".

Como lo anota Fenichel¹, no podemos calificar al psicoanálisis (raíz de la psicología dinámica) como irracional, sino a su materia prima de estudio, lo inconsciente, que definitivamente se niega a comportarse de acuerdo con nuestros prejuicios y a encajar con facilidad en los moldes de la lógica formal cotidiana, habitualmente positiva.

Los fenómenos mentales

Estamos acostumbrados a concebírnos y, por lo tanto, a concebir el mundo en términos de la antítesis mente-cuerpo². Comúnmente establecemos una permanente dicotomía entre emociones y pensamientos; entre nuestro mundo interno y lo que nos rodea; entre nuestros instintos y nuestras abstracciones.

En este sentido específico, se suelen encontrar dos posiciones

extremas opuestas: por una parte, la visión científicista que sostiene, con el positivismo, que todos y cada uno de los fenómenos del comportamiento humano se pueden explicar en términos neurofisiológicos o aun neurofísicos. Si en este momento (Annus Domini, 1983) hay todavía problemas de la esencia humana que no son explicables del todo, esto se debe a la carencia de instrumentos de trabajo que posean la suficiente finura, precisión y alcance, dificultad que sin duda se resolverá en su debido momento.

De otro lado, y en el otro extremo del espectro, se encuentran las concepciones que podríamos llamar psicologistas y sociologistas, que niegan las bases biológicas de algunos de los fenómenos mentales. Para quienes sostienen esas teorías, los fenómenos mentales y sus trastornos se deben exclusivamente a modelos de aprendizaje distorsionados, e incluso a los mecanismos alienantes de sociedades opresoras³.

El psicoanálisis y la psicología dinámica ocupan, en este aspecto, una posición intermedia. Frente a la magia científicista es aún válida la observación de Freud⁴ en el sentido de que la ubicación anatómica y fisiológica de los fenómenos no explica, *per se*, su esencia. Ante las posturas exclusivamente sociales o del aprendizaje, opone la psicología dinámica la teoría instintiva, que constituye un puente entre lo que artificialmente denominamos "psicológico" y lo que llamamos "biológico".

La realidad humana es una especie de teatro circular⁵: podemos captar fragmentos a través de una lente, necesariamente limitada. En la medida en que tengamos conciencia de las limitaciones de nuestro filtro de visión, podremos refinarlo y compararlo.

No existe posiblemente pensamiento o emoción alguna que no se acompañe de un cambio biológico, a nivel, por ejemplo, de neurotransmisores. Al mismo tiempo, no tenemos por qué asumir que las modificaciones orgánicas carecen de concomitantes psíquicos a nivel de fantasías, emociones, pensamientos, etc.

Los campos se interrelacionan, como es evidente. Sin embargo, cada cual debería, en principio, explorar con humildad científica sus propias potencialidades y aceptar sus propias limitaciones. Sólo así se podrá llegar eventualmente, y a través de un paciente trabajo interdisciplinario, a una visión integral y más válida del hombre y de su problemática.

Un desarrollo interesante, en este aspecto, está constituido en medicina por el reemplazo gradual de la concepción de enfermedad, planteada en términos más bien rígidos de causa-efecto por el concepto

de *síndrome* de etiología multifactorial, y dentro de cuyo contexto no se plantea una causalidad lineal sino, más bien, una confluencia de factores en constante interjuego.

Problemas para el estudio de la teoría psicoanalítica

Las objeciones a la teoría psicoanalítica se basan muy frecuentemente en argumentaciones lógicas, nacidas de otros puntos de vista elaborados cuidadosamente y a menudo libres de prejuicios (nadie pretende, por supuesto, que el psicoanálisis constituya una verdad única y monolítica). Empero, otras críticas al discurso psicoanalítico parecen ser la expresión de resistencias producidas por el contacto con lo emocional.

Las ciencias, como lo anota Fenichel⁶, avanzan con más rapidez en la medida en que no se relacionan directamente con el ser humano o, para ser más precisos, en la medida en que el hombre cree que no se relacionan con él. Así, la física se mueve con menos obstáculos que la anatomía y ésta, a su vez, se desarrolla con mayor prontitud que la psicología.

El ser humano es por esencia narcisista y cualquier descubrimiento que ponga en duda su visión de sí mismo tiende a ser rechazado⁷. Cuando Copérnico y Galileo postularon que la Tierra-hombre giraba alrededor del sol y no a la inversa, se tomaron, como se recordará, medidas drásticas para corregir la herejía. Al proponer Darwin la teoría de la evolución, la idea de que el hombre era el resultado de ésta produjo una reacción escandalosa e intensa, cuyas derivaciones persisten hasta nuestros días. Asimismo, a comienzos del siglo, cuando Freud expone sus descubrimientos, el rechazo del establecimiento científico de su época fue masivo por una serie de motivos, tales como:

- El inconsciente, tal y como fue interpretado inicialmente, implicaría que el ser humano deja de ser el amo de su propio destino para convertirse en una especie de esclavo.
- La teoría instintiva se entendió falsamente en el sentido de un borramiento de fronteras entre lo específicamente humano y lo animal.
- La sexualidad infantil destruía la noción victoriana del niño de

porcelana, para convertirlo en un ente pasional, portador casi del pecado original de la especie.

— El Edipo sacaba a la luz el terror ancestral de la especie al incesto.

En síntesis, cuando se comienza a estudiar lo psicoanalítico, emerge y se reconoce lo reprimido, lo que se ha condenado y que retorna, una y otra vez, a pesar de los intentos por eliminar lo desconocido, lo que Freud⁸ denomina lo *sinistro*.

Concepto de ansiedad

Por otra parte, uno de los fenómenos definitorios de la esencia humana lo constituye la ansiedad, cuya presencia ciertamente permea el estudio de la psicología dinámica.

Habitualmente se define la ansiedad como una sensación de expectativa dolorosa frente a un "algo" desconocido, pero cuya naturaleza se presiente. A diferencia del miedo, que se refiere a un temor frente a situaciones externas y concretas, la ansiedad parece provenir del interior mismo del ser.

La ansiedad se acompaña de un cortejo de manifestaciones somáticas: taquicardia, disnea, sudoración, sensación de vacío epigástrico, opresión en el pecho, vértigo, etc.

Aunque a veces se utiliza el término *angustia*, para designar las manifestaciones fisiológicas, y *ansiedad*, para denominar el componente subjetivo, en el uso habitual, se emplean indistintamente y así se utilizarán de aquí en adelante.

La ansiedad no es solamente un fenómeno patológico; es también el motor de la vida psicológica, en la medida en que representa un conflicto, o es el reflejo de éste. Donde hay vida psíquica hay conflicto. No se concibe lo humano sin la angustia. Podemos diferenciar, extremando, entre angustia existencial y angustia neurótica. La angustia existencial es inherente al hombre, en cuanto es la resultante y la cristalización de las contradicciones que entraña la condición humana. Todo hombre desea aquello que no puede tener y nace para morir. El poder vivir en un núcleo social cualquiera implica renunciaciones inevitables de la instintividad individual⁹. Esto no quiere decir que la filosofía implícita del psicoanálisis suponga la sumisión ciega del hombre a su medio social. Es más bien la aceptación de una realidad inmediata e indiscutible: la sociedad necesita de esta renuncia instintiva, sea porque

su aceptación indiscriminada determina la destrucción del medio organizado, o bien porque una organización social cualquiera necesita la fuerza laboral y el consumo que se desprenden de la abdicación de lo instintivo individual. Algunos autores, entre ellos Marcuse¹⁰, consideran que este fenómeno no tiene que presentarse fatalmente y lo plantean más bien en términos de una impugnación a lo social, tomándolo como tiranía innecesaria.

La diferenciación entre angustia existencial y angustia neurótica puede pecar de artificial, dado que una y otra se imbrican y no se refieren a situaciones de por sí distintas. Persiste, sin embargo, el hecho de que la ansiedad, acá denominada neurótica, se caracteriza por su falta de funcionalidad y porque siempre está destinada a generar más angustia patológica, determinando así un círculo vicioso en comportamiento estanco. La angustia existencial determinaría lo que Sartre¹¹ denomina el "ser para sí". Conduce al compromiso, a la inevitabilidad de la libertad y a la acción reflexiva.

La ansiedad de la persona que denominamos normal no es cualitativamente diferente de la del neurótico o el psicótico. La diferencia es básicamente cuantitativa; en un momento dado, empero, la confluencia de cambios cuantitativos determina cambios cualitativos. El manejo de las situaciones y su calidad es lo que eventualmente conduce a la estructuración o al rompimiento de la personalidad, a la angustia existencial creativa o a la ansiedad neurótica o psicótica paralizante y destructora.

La situación más desestructurante y fragmentadora de la unidad psicobiológica está representada por la psicosis esquizofrénica. Sin embargo, las ansiedades específicas que confronta el esquizofrénico las hemos experimentado todos durante nuestra niñez o a través de nuestros sueños, pero en condiciones en que la economía reguladora de la personalidad o la evolución hacia el desarrollo permiten que las agencias sintetizadoras y centralizadoras eviten la fractura del yo.

Freud¹² hace una diferenciación entre lo que él llama ansiedad subjetiva y ansiedad objetiva, ambas distintas del miedo. La primera correspondería al terror frente a lo desconocido interno, antes descrito. La segunda atañería, por ejemplo, a la fantasía del niño de ser atacado por el padre. Se considera que esta ansiedad es objetiva porque en un momento dado de la vida, y frente a las dificultades que surgen ante la pareja de los padres, el niño siente por el padre rivalidad y odio, y es

apenas lógico que asuma que su padre experimenta por él sentimientos retaliativos semejantes.

La ansiedad es la manifestación del perenne conflicto que implica la vida psicológica; este conflicto es permanente y su fluir constante, así como los mecanismos de su resolución, constituyen uno de los fundamentos básicos de la vía hacia la maduración o del camino hacia la patología.

Sullivan¹³ y otros autores distinguen entre conflicto intrapsíquico o intrapersonal y el intersíquico o interpersonal. En realidad no hay posibilidades de existencia del uno sin el otro, puesto que el ser humano no existe en el vacío. La problemática intrapersonal implica siempre la presencia de la imagen del otro dentro de mí. Esta imagen corresponde al concepto psicoanalítico de objeto. No existimos dentro de una campana neumática. El "yo soy yo y mi circunstancia", de Ortega, se convierte también en "yo soy yo y mis imágenes internas".

A la inversa, no hay relación (y, por lo tanto, conflicto) interpersonal en la que no juegue un papel determinante lo que sucede (y siempre ha sucedido) en mi mundo interno.

Criterios de normalidad

La noción de ansiedad y el conflicto que resulta de su manejo ubican en un primer plano consideraciones concernientes al criterio de normalidad. La normalidad es relativa y sólo se puede medir en un contexto histórico que abarque un espacio y un tiempo específicos. Lo que era normal para el hombre del Medievo, o lo que es considerado sensato para un habitante de Nueva Guinea, difiere considerablemente de lo que el adulto de la civilización occidental acepta como lógico.

Para valorar la normalidad de las gentes se utilizan varios criterios:

1. *Estadístico.* Tiene la ventaja de que es fácil de medir. Sin embargo, implica la enorme desventaja de que no siempre lo frecuente puede considerarse normal. Si se considera, por ejemplo, lo que sucedió en Alemania entre 1933 y 1945, es muy posible que las dos terceras partes de la población consideraran el genocidio como una actitud ubicada dentro de los límites de lo sano, noción ciertamente discutible.

2. *Normativo.* Basado en juicios de valor. La sociedad elige peritos: psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales que, en cierto sentido, se erigen en magistrados para valorar y sopesar los límites, a menudo borrosos, entre lo perturbado y lo normal.

3. *Adaptativo*. Hace referencia a la capacidad del ser humano para equilibrar su mundo interno y externo y armonizar los deseos y necesidades del ser humano, en un criterio social. Podría hacerse potencialmente peligroso en la medida en que se tome como una forma de manipulación social.

4. *Creativo-estético*. Va más allá de las posibilidades de medición estadística, y se refiere a la búsqueda de soluciones nuevas frente a los conflictos, las ansiedades, las relaciones interpersonales. El criterio creativo-estético, así tomado, no necesariamente se traduce en una obra de arte universalmente reconocida, pero sí cristaliza una capacidad de relación con la propia fantasía, una tendencia a lo sublimatorio y una reconstrucción y recuperación de lo estropeado y/o perdido en el interior del sí mismo (*self*) y a nivel de la relación con el otro. Su esencia supone un enriquecimiento elaborativo, cercano a los afectos más profundos de la personalidad global.

De lo anteriormente expuesto, se deduce que cada uno de los criterios enunciados resultan insuficientes si se toman en forma aislada. Se requiere ponderar los cuatro, manteniendo la expectativa de que las distorsiones de cada criterio se corrijan a través de la utilización de los otros tres.

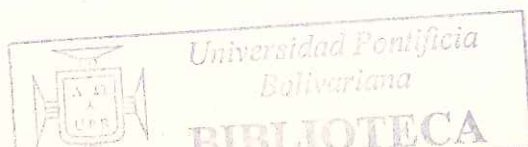
No existe una línea divisoria clara entre lo que denominamos normal, la enfermedad mental menor, llamada neurosis, y la enfermedad mental mayor o psicosis.

La normalidad no se refiere solamente a ausencia de enfermedad, en el mismo sentido que la virtud no atañe tan sólo a la ausencia de vicio. Lo normal, la salud, la salud mental, supone una evolución positiva de las capacidades del ser humano y de su potencial, así como la capacidad de desarrollar sus fantasías para el mejoramiento de sí mismo y del mundo circundante.

Concepto de síndrome y multideterminación de los fenómenos biopsicológicos

Se ha hecho mención del problema de la dicotomía artificial mente-cuerpo, y comentado asimismo la dificultad, por cierto no pequeña, para intentar conseguir una síntesis funcional.

Precisemos las potencialidades del concepto de síndrome, hacien-



do hincapié en la etiología múltiple. Por ejemplo, se puede considerar la tuberculosis dentro del contexto de una concepción rígida causa-efecto en los términos siguientes:

Causa: bacilo de Koch

Efecto: tuberculosis

Sin embargo, la presencia del bacilo de Koch por sí misma no determina la aparición de la enfermedad. Todos hemos estado expuestos al bacilo pero sólo una relativamente pequeña proporción de gente desarrolla la tuberculosis.

Planteado en términos de síndrome, la presencia del bacilo de Koch es condición indispensable pero no suficiente para enfermar. Se requeriría un interjuego específico entre el huésped, la presencia del bacilo, las condiciones nutricionales, el grado de exposición, la situación de vivienda e incluso su estado emocional.

Se puede tomar también la esquizofrenia como ejemplo: vista en términos de causa-efecto, se puede considerar la esquizofrenia como el efecto de una alteración genética de tipo recesivo o como la consecuencia de una alteración en la producción y conducción de los neurotransmisores, si la orientación de quien lo postula es biologista; o bien, enfocar la esquizofrenia como el resultado de una distorsión temprana madre-niño, si el esquema conceptual del perito es psicodinámico.

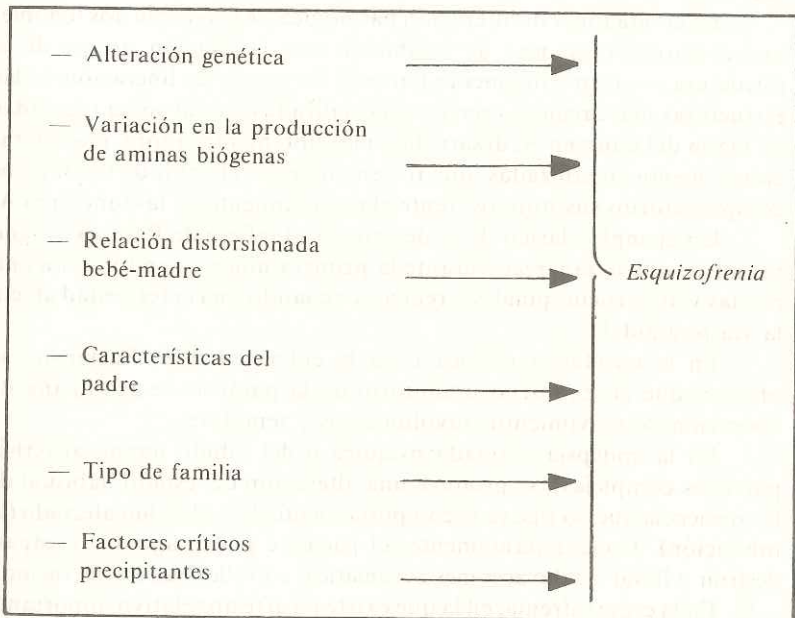
Pero el asunto puede visualizarse de una manera distinta, más funcional: la esquizofrenia sería el resultado del interjuego de una serie de factores de origen genético, la modalidad de relación que se establece con la madre, la familia en cuyo seno nace el niño, la cultura a la que pertenece y las vicisitudes a las que se enfrenta.

Esta concepción es más elástica, menos determinista y permite jugar con la interacción biopsicosocial: en un momento de la vida, y sobre la base de la predisposición genética, el ser humano confronta crisis vitales cuyo manejo conduce hacia una mayor maduración o hacia la patología¹⁴.

La utilización funcional del concepto de síndrome abre paso, además, a posibilidades terapéuticas comprensivas, que abarcan un campo más amplio; introducen la posibilidad de tratamiento interdisciplinario y establecen una relación dinámica entre la totalidad del fenómeno y cada uno de sus componentes¹⁵.

Otra concepción integradora, planteada en términos jerarquizados, es la de John Hughlings Jackson, neurólogo inglés del siglo XIX,

<i>Causa</i>	<i>Efecto</i>
—Alteración genética	Esquizofrenia
—Relación bebé-madre distorsionada	Esquizofrenia

Gráfico 1: *La esquizofrenia concebida en términos de causa-efecto*Gráfico 2: *La esquizofrenia como resultado de factores concomitantes*

quien esbozó una teoría del sistema nervioso central, basada no tanto en localizaciones como en estructuras funcionales jerárquicas en las cuales lo que llamamos lo psicológico correspondería al nivel más elevado de un continuo que parte de lo orgánico más elemental.

Para Jackson, existe en el sistema nervioso una interrelación permanente entre dos tipos de estructuras operativas. Las unas, a las que podemos llamar arbitrariamente A, son de más reciente aparición filogenética y de integración más tardía a medida que avanza la maduración. Este conjunto de funciones coexiste, recibe estímulos, controla y está en interacción permanente con unas estructuras que podemos llamar convencionalmente B, y que son más antiguas tanto filo como ontogenéticamente, menos especializadas y diferenciadas.

En condiciones fisiológicas de habitualidad, las estructuras más nuevas, llamadas A, ejercen un control regulador sobre las más antiguas B; a su vez, las B estimulan los procesos de integración de los niveles más altos.

En condiciones de alteración patológica, se producen dos fenómenos concomitantes: uno de inhibición con la función propia de la estructura, convencionalmente llamada A; y otro de liberación en las estructuras más arcaicas y menos especializadas que, al no ser reguladas en razón del daño en A, desarrollan más libremente, ahora, manifestaciones menos organizadas, que tienen, además, el valor de fenómenos compensatorios sustitutivos frente al represamiento de las funciones A.

Un ejemplo clásico de lo descrito es el reflejo de Babinski, signo primitivo que desaparece durante la primera niñez, cuando se mielinizan las vías corticoespinales y reaparece cuando una enfermedad afecta la vía piramidal.

En la encefalitis coreica o en la enfermedad de Parkinson se observa que el fenómeno inhibitorio de la parálisis se acompaña de liberación de movimientos involuntarios y temblores.

En la epilepsia, llamada psíquica o del lóbulo temporal (crisis parciales complejas), se produce una alteración del estado habitual de la conciencia que no rige ya el comportamiento del individuo afectado (la inhibición). Concomitantemente, el paciente puede agredir, escapar, destruir o llevar a cabo acciones automáticas e irreflexivas (la liberación).

En la esquizofrenia, en la que existe un arresto relativo importante de las funciones simbólicas más organizadas, se observa la invasión descontrolada de modalidades de pensar y actuar, sumamente regresivas, a manera de estallidos de contenidos reprimidos por las funciones mentales superiores (véanse gráficos 1 y 2).

NOTAS

1. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
2. W. Durant, *The Story of Philosophy*.
3. R. Laing, *The Politics of Experience*.
4. S. Freud, "Compendio del psicoanálisis".
5. S. Brainsky, "Estudio sobre la estructura psicológica de pacientes afectas de cáncer del seno (II)".
6. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
7. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
8. S. Freud, "Lo siniestro".
9. S. Freud, "El porvenir de una ilusión".
10. H. Marcuse, *Eros y civilización*.
11. J. P. Sartre, *El ser y la nada*.
12. S. Freud, "Inhibición, síntoma y angustia".
13. H. Sullivan, *La teoría interpersonal de la psiquiatría*.
14. E. Erikson, *Childhood and Society*.
15. L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*.

2. METAPSICOLOGÍA (I)

CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE LA PERSONALIDAD

*No habrá nunca una puerta. Estás adentro.
Y el alcázar abarca el universo.
Y no tiene ni anverso ni reverso.
Ni externo muro ni secreto centro.*

Jorge Luis Borges, *Laberinto*

La personalidad

De la misma manera que todo ser humano presenta características anatómicas que, en términos generales, se conforman a las de la especie, pero que le confieren una singularidad, todo hombre o mujer tiene, en el contexto de lo universal, rasgos y tendencias especiales, formas específicas de ser y reaccionar que le otorgan una singularidad biopsicológica. En cierto sentido, todos tenemos características comunes y, al mismo tiempo, no hay dos personas que sean exactamente iguales. Lo singular del ser humano es más auténtico y evidente, mientras mayor sea su madurez y su sanidad, su salud mental. La enfermedad emocional no enriquece al ser humano; más bien tiende a empobrecerlo y a hacerlo uniforme, en la medida en que lo priva, en un sentido u otro, de su propia autonomía. No hay, empero, dos individuos que enfermen de manera idéntica.

El concepto de personalidad es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño.

De los elementos constituyentes de la personalidad se destacan

dos tipos, que configuran la primera de una conjunción de agentes que Freud denomina "series complementarias"¹.

El primer agente está determinado por lo constitucional, conformado por dos tipos de elementos básicos:

1. *Lo genético*, que se conforma en el ser humano en el momento de la unión de la espermia y el óvulo, vale decir, el mapa genético.
2. *Lo innato*, que sin depender directamente de lo genético, nace con el niño.

El aprendizaje, la identificación, el ambiente, el modelo social troquelan el segundo agente.

La teoría psicoanalítica concede especial importancia a las primeras relaciones interpersonales, a los primeros patrones de interacción humana, que se convertirán en el modelo de las relaciones posteriores; no minimiza, en manera alguna, las influencias ulteriores; sin embargo, una experiencia traumática temprana, tal como el abandono prematuro de la madre, tendrá más influencia negativa en el yo más frágil y menos estructurado del lactante². Las vivencias posteriores, si son positivas, pueden corregir la distorsión de la personalidad; no obstante, se trata ya de un proceso de reparación de algo que se estropeó, hasta cierto punto, en forma irremediable. Asimismo, la relación satisfactoria en los primeros meses de la vida proporciona al niño un reservorio de seguridad, que le será necesario para manejar las vicisitudes de su existencia³. Si el equipo congénito es débil, los estímulos adversos coadyuvarán a establecer un umbral más bajo de entrega y retirada. A la inversa, si la biología del niño es fuerte, se requerirán situaciones traumáticas muy intensas y repetitivas, antes de que la persona sucumbiera. De la misma manera, la debilidad congénita de un niño puede ser compensada en mayor o menor grado por los cuidados de una madre intuitivamente amorosa, de una figura paterna estable y de una familia bien estructurada, regida por un código de valores coherentes.

En otro aspecto, la teoría psicoanalítica no niega ni minusvalora la importancia de la determinación genética; pero tenemos pocas posibilidades de modificar el mapa genético de un paciente neurótico o psicótico y el énfasis pragmático natural se hace sobre la distorsión aprendida, dado que sobre ella se puede actuar con probabilidades moderadas de cambio constructivo, ya que la evolución dinámica de un

ser humano no se detiene en los primeros años de la vida, si bien estos están revestidos de una fundamental importancia⁴.

Metapsicología (definición)

Aunque la palabra "metapsicología" fue utilizada primero por Freud para referirse a una concepción biológica de la psicología y, posteriormente, para designar una psicología comprensiva, es su tercera acepción y la concepción subyacente la que desarrolla profundamente, la que utiliza en definitiva a partir de 1911 y la que usaremos en este texto.

El concepto de metapsicología de Freud⁵ constituye una construcción teórica, hipotética, referida a que para poder entender un fenómeno psíquico (en realidad, cualquier fenómeno vital) es necesario enfocarlo desde, por lo menos, tres puntos de vista, tres abordajes psicoanalíticos.

La metapsicología constituye la abstracción más depurada de la teoría psicoanalítica, pero al mismo tiempo está estrechamente ligada a la clínica y a las herramientas de ésta. Como lo señala Noy⁶, esta inextricable relación y la construcción ulterior de modelos de trabajo sobre las hipótesis básicas plasma la esencia de lo que ha permitido que el psicoanálisis, teoría y praxis, se fortalezca y fructifique.

Con anterioridad a Freud, y a pesar de intentos que se remontan a los presocráticos, se consideraba que la conciencia era la cualidad *sine qua non* para lo psíquico. Lo psíquico se reduciría entonces a lo consciente, definido como el conocimiento simple y espontáneo en estado de vigilia. Lo inconsciente se consideraba apenas como lo consciente latente: contenidos que en algún momento estuvieron en la conciencia y que pueden retornar a ella sin otra limitación que la impuesta por el espacio-unidad de tiempo. Este punto de vista es el *descriptivo*, que psicoanalíticamente no se considera metapsicológico, toda vez que no toma en cuenta el inconsciente dinámico, la noción de conflicto ni el interjuego entre la represión y lo reprimido.

El punto de vista dinámico

El abordaje dinámico implica la noción de irritabilidad y respuesta a estímulo; la de intercambio constante de fuerzas, pensamientos encontrados y en pugna, en términos de carga y descarga. Establece ya qué determinados contenidos no logran penetrar a la conciencia (repre-

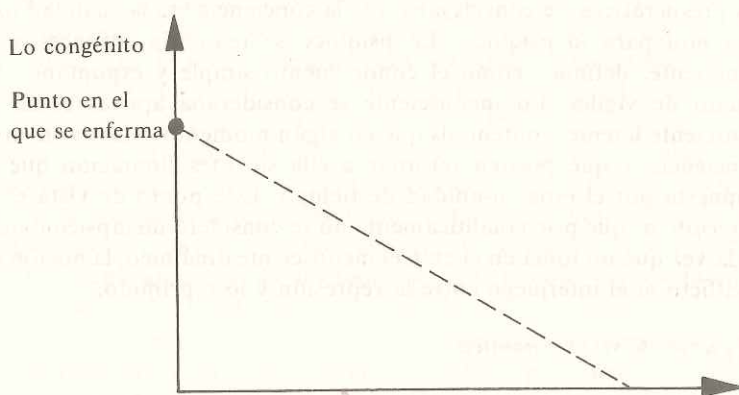
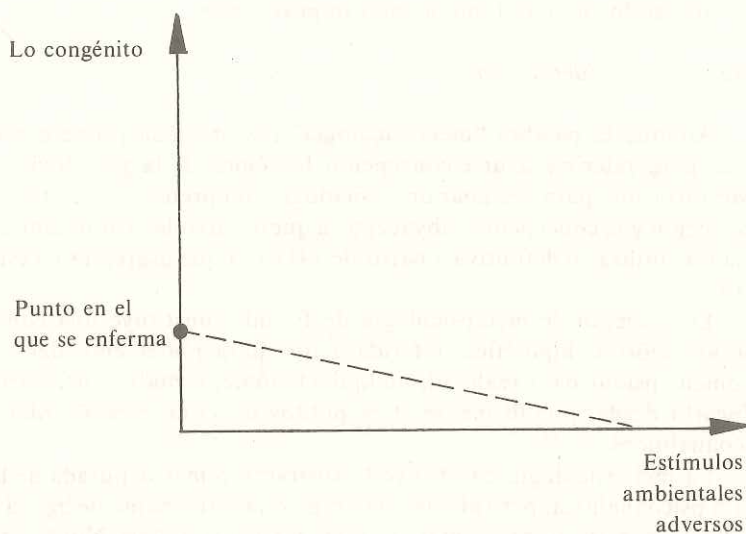


Gráfico 3: *Series complementarias*

sión primaria) o son expulsados de ella (represión secundaria) por censuras.

La noción fundamental del punto de vista dinámico se relaciona con la existencia de un fluir contradictorio de fuerzas, emociones y pensamientos que constituyen el conflicto. En tanto que hay vida psíquica, el conflicto es inextinguible. Por otra parte, conflicto no es sinónimo de patología; puede originarla según su propia naturaleza y la forma como las funciones de la personalidad lo elaboran.

Así, la problemática entre los derivados de los instintos primarios y los representantes de las restricciones sociales pueden, en un caso determinado, contribuir a que una persona se haga neurótica, en tanto que en otra pueden actuar como factores que impulsan la creatividad artística o científica.

Los contenidos ideativos expulsados de la conciencia se asocian entre sí formando las constelaciones de afectos reprimidos, a las que Jung⁷ dio el nombre de "complejos autóctonos".

El complejo, pues, corresponde a conjuntos de ideas y afectos reprimidos, expulsados de la conciencia, asociados entre sí y que tienden a abrirse paso. Sin embargo, este acceso a la motricidad y a la percepción consciente está sellado por la represión y los contenidos se ven forzados a buscar otras vías indirectas de descarga. Los lapsus, los tics, los síntomas de enfermedad mental, las explosiones no justificadas de irritabilidad, lo que surge en los sueños o las somatizaciones son algunos de estos caminos alternos.

Las ideas y emociones expulsadas son confinadas al inconsciente pero no se extinguen; buscan una y otra vez la descarga sustitutiva, fenómeno de eterno regreso, que Freud⁸ denominó *el retorno de lo reprimido*.

En la medida en que se habla de un equilibrio perpetuamente buscado y constantemente amenazado, el abordaje dinámico deviene la constante funcional de la teoría psicoanalítica; enmarca los demás puntos de vista y estructura el mar de fondo en el que transcurre la vida psíquica.

El punto de vista económico

El abordaje económico está ligado al dinámico y se refiere al *quantum*, a las magnitudes relativas de las fuerzas encontradas en el conflicto.

Así, si en una situación de conflicto predomina cuantitativamente lo reprimido, los contenidos se abrirán paso a la conciencia en tanto que si es mayor la intensidad de la censura represora, las ideas o emociones no tendrán acceso a la percepción consciente.

Por supuesto, lo que se observa siempre es un compromiso entre la censura y lo reprimido, mediado por el yo, en el que se pueden reconocer los elementos de las fuerzas en pugna y que se observa siempre a través de un producto siempre híbrido, tal como el *lapsus*, el sueño o el síntoma de la enfermedad.

Una paciente histérica, por ejemplo, manifiesta en forma dramática y simbólica, a través de convulsiones, tanto el deseo sexual que lucha por descargar, como la prohibición y el castigo por dicho deseo. Si el equilibrio de fuerzas se inclina a favor de la censura, predomina la sensación de lo desagradable (distónico) para el yo, en tanto que si es más intensa la fuerza del deseo, se sentirá en términos más placenteros (sintónicos).

En un sueño puede emerger una realización disfrazada de deseos siempre y cuando el debilitamiento de la censura producido por el dormir y el soñar sea económicamente importante.

En el contexto del punto de vista económico se ubica una serie de términos y conceptos, entre los cuales se destacan el de *energía psíquica*, que corresponde a la magnitud del impulso que acompaña cualquier idea o representación mental; la *libido*, que se refiere a la energía del instinto sexual; el *interés*, o la fuerza de los instintos del yo; y la *catexia*, o carga de energía con la cual se revisten las situaciones y las relaciones objetales, sean éstas internas o externas.

En el abordaje económico se consideran también una serie de hipótesis conceptuales destinadas a explicar el aparato psíquico en términos de una organización funcional cuya finalidad básica es la liberación del exceso de estímulos.

De esta manera el organismo tiende a mantener la tensión lo más cercana posible a cero: es el llamado, por Freud, "principio de constan-

cia”⁹; “principio de nirvana”, según Bárbara Low¹⁰; ley de Fechner, u homeostasis de Cannon¹¹.

De esta tendencia general al equilibrio homeostático surge lo que Freud denomina el “primer principio del suceder psíquico”, el *principio del displacer-placer*: a mayor carga, a mayor tensión, el organismo viviente experimenta mayor displacer y a mayor descarga, a menor tensión, experimenta mayor placer (gráfico 4).

Una persona puede sentir como placentera la carga producida por el apetito moderado, pero si este impulso, frente a la ausencia continuada de comida, no se descarga, la sensación se transforma en francamente displacentera y dolorosa. En el momento del comer se produce la descarga y la sensación subjetiva es de satisfacción y agrado.

Por supuesto, el *principio del displacer-placer* no se limita a los derivados instintivos primarios; constituye también el modelo básico para el manejo de frustraciones, expectativas, deseos y realizaciones.

Hasta la postulación del instinto de muerte, en 1920, Freud asume que en los primeros meses de la vida el infante es regido casi totalmente por el principio del placer; posteriormente, y sobre la base de frustraciones y gratificaciones adecuadamente dosificadas, el principio del placer se complementa con el *principio de realidad* (segundo principio del suceder psíquico), que implica capacidad de espera, de aplazamiento y, por lo tanto, el comienzo del proceso del pensamiento.

El aparato psíquico, pues, está diseñado para ligar (liberar) excesos de energía. “El principio del placer es una función al servicio de una tendencia, cual es la inclinación general a la descarga”¹².

Bajo el dominio inicial del principio del displacer-placer, el niño siente la vida en términos de lo inmediato absoluto; a medida que se presentan las inevitables frustraciones y demoras, fracasa la omnipotencia y necesariamente se ve forzado a buscar soluciones que traigan consigo una disminución del displacer. Se comienza a instalar así el principio de realidad.

El paciente esquizofrénico pierde, en forma parcial, aunque masiva, el logro laboriosamente adquirido por el niño; su mundo se rige por gratificaciones o frustraciones inmediatas y totalizantes. El psicópata jamás ha complementado el principio del displacer-placer con el de realidad; así, pues, es incapaz de cualquier tipo de espera frente a su necesidad de gratificación perentoria; no hay distancia entre la reflexión y la acción; no hay escrúpulos y no hay lealtad o código de valores que tenga validez, si se interpone entre él y su impulso.

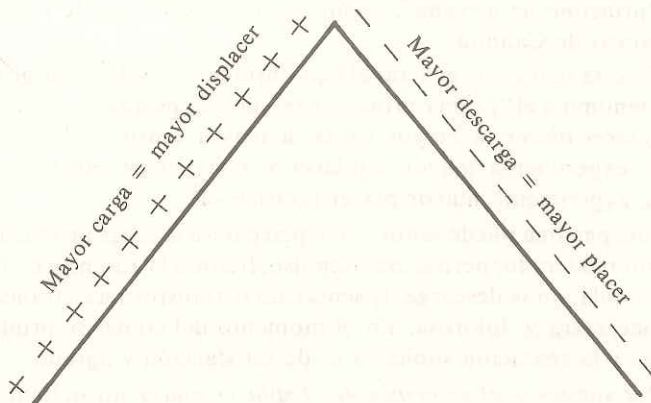


Gráfico 4: Principio del displacer-placer

Otro concepto económico importante es el de *vivencia traumática* que corresponde a una inundación de estímulos al yo en la unidad del tiempo. Cabe anotar que el impacto que tiene sobre la personalidad un trauma físico o psicológico súbito va más allá de lo mecánico y depende tanto de la intensidad y violencia del estímulo (parte de estas calidades está matizada por lo súbito), como de la relativa debilidad o fuerza del yo. La vivencia traumática está en la base de las llamadas neurosis traumáticas, que se presentan frente a irrupciones sorpresivas de estímulos que inundan al yo, tales como accidentes, eventualidades bélicas, etc., en las que la persona no ha tenido tiempo de utilizar la angustia como una señal de alarma.

Se mencionó anteriormente que la diferencia entre lo normal y lo patológico está determinada por factores de cantidad; no obstante, la confluencia cuantitativa de estímulos determina, en un momento dado, diferencias cualitativas esenciales.

En los últimos años han aparecido dentro de los desarrollos del psicoanálisis autores como Bleger¹³, Barranger¹⁴ y Guntrip¹⁵ que critican acerbamente el punto de vista económico-instintivo por considerarlo excesivamente mecanicista y postulan, a cambio, una concepción centrada en el campo y en las vicisitudes de las relaciones objetales.

NOTAS

1. S. Freud, "La sexualidad en la etiología de las neurosis".
2. L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*.
3. C. Arango, *Psicología dinámica*.
4. S. Freud, "La sexualidad en la etiología de las neurosis".
5. S. Freud, "Lo inconsciente".
6. P. Noy, "Teoría psicoanalítica del proceso primario".
7. C. G. Jung, *Teoría del psicoanálisis*.
8. S. Freud, "Sobre algunos mecanismos en los celos, la paranoia y la homosexualidad".
9. C. Arango, *Psicología dinámica*.
10. S. Freud, "Los dos principios del suceder psíquico".
11. A. Tallaferro, *Curso básico de psicoanálisis*.
12. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
13. J. Bleger, "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico".
14. W. Barranger, *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*.
15. H. Guntrip, *Estructura de la personalidad e interacción humana*.

3. METAPSICOLOGÍA (II)

EL PUNTO DE VISTA TOPOGRÁFICO

*En un minuto hay tiempo para decisiones y revisiones
que un minuto echará atrás.*

T.S. Eliot en *La canción del amor*
J. Alfred Prufrok

El abordaje topográfico estudia el aparato psíquico a través de una dimensión espacial *virtual*. Se consideran en él tres estratos o espacios *ideales*¹²³.

Lo consciente

Se concibe tal y como se postuló en el abordaje descriptivo: lo que conocemos espontáneamente en vigilia; lo captado por nuestra percepción-conciencia, que nos proporciona una vivencia inmediata del yo y del mundo.

Lo preconsciente

En el preconsciente se encuentran contenidos (ideas, afectos, fantasías, recuerdos) que no podemos alcanzar sino al vencer un cierto obstáculo. A veces tenemos dificultad, por ejemplo, para recordar un nombre o evocar una melodía. Con un esfuerzo relativamente pequeño, empero, los contenidos más superficiales de lo preconsciente logran pasar al estrato inmediatamente superior; no así los más profundos, que se ligan con el inconsciente y que se imbrican con sus derivados.



Lo inconsciente

El inconsciente corresponde al estrato virtual más profundo del aparato anímico. Sus contenidos no llegan directamente a la conciencia. Se sabe de su existencia por *inferencia*, es decir, a través de sus manifestaciones, de la misma forma en que se conoce la existencia de la energía eléctrica a través de la luz, el calor, etc.

La hipótesis de trabajo de lo inconsciente se plantea como legítima y necesaria⁴. Legítima sobre la base de la fenomenología que permite inferir que "el otro" tiene una vida consciente similar a la de la conciencia propia y de la misma manera se conoce que hay fenómenos ecológicos internos que no obedecen a las leyes del pensamiento consciente y que dan pie para deducir la existencia de una vida psíquica de calidad diferente. Necesaria, puesto que hay una serie de vivencias psíquicas que no podrían ser comprendidas sin apelar a las hipótesis de lo inconsciente.

*Las manifestaciones básicas de los derivados de lo inconsciente son los lapsus, los actos fallidos (parapraxias), los chistes, los sueños, la creación artística, los mitos, los cuentos infantiles y en su forma más característica y dramática, los síntomas de la enfermedad mental*⁵.

Lo inconsciente, como la vida psíquica toda, obedece a una causalidad y un determinismo. No existe acto psíquico, por baladí que aparente ser, que no tenga una intencionalidad y una dirección definida⁶.

Proceso primario y proceso secundario

El inconsciente se rige por una forma operativa de funcionamiento que Freud denomina "proceso primario" y que se caracteriza por una energía continuamente fluida, móvil y no ligada, que preside la vida de los niños y la infancia de los pueblos. A medida que se va desarrollando el niño, el proceso primario es complementado y hasta cierto punto reemplazado por el pensamiento de la lógica formal, que corresponde al llamado "proceso secundario", determinado por energía *fija, ligada*, lo que permite la creación de los símbolos, de los pensamientos, de los recuerdos.

Las leyes distintivas del proceso primario son⁷:

1. *Atemporalidad.*

2. *Ausencia de contradicciones.*
3. *Desplazamientos masivos de energía psicológica.*
4. *Condensaciones masivas de energía psicológica.*
5. *Predominancia de lo visual.*

1. *Atemporalidad.* Este concepto tiene dos implicaciones: por una parte, en el ser humano hay hechos o vivencias de hechos que permanecen ciertos independientemente de la edad cronológica del individuo, y hasta un determinado punto, de la evolución de la especie. Un ejemplo de esto estaría dado por la situación edípica, universal, más allá de los sitios y de las épocas, o por las necesidades orales de protección y cuidado que son vitales en el niño, pero que no desaparecen en el adulto. Hay recuerdos y fantasías que permanecen en nosotros como si se hubieran congelado, por así decirlo, y que en el caso del enfermo neurótico o del paciente psicótico pueden detener facetas del desarrollo y convertirse en el elemento rector básico de una estructura vital fijada en vivencias de la niñez. En algo de las respuestas al mundo que nos rodea, continuamos siendo, sea en síntomas o, por el contrario, en la creación y el juego, un niño pequeño. Por otra parte, el inconsciente tiene un *tempo*, un ritmo diferente al tiempo-reloj, que establece el pensamiento adulto ("proceso secundario"). Este tipo de tiempo, recuperable por fragmentos, ha sido hermosamente tratado por escritores como Thomas Mann o Proust. En el proceso del soñar parece que la vida entera transcurriera en los pocos segundos que dura el sueño. En el sanatorio de *La montaña mágica* los elementos del proceso vital se hacen tan parecidos a sí mismos frente a la expectativa de la muerte, que las fronteras entre presente, pasado y futuro parecen borrarse. El sabor de una migaja de magdalena disuelta en una cucharadita de té, trae consigo el discurrir de una niñez sensitiva. En una de sus ficciones, Borges relata la angustia de un constructor de poesías judío que, a punto de ser fusilado por los nazis, ruega a Dios que le sea concedido el tiempo suficiente para terminar su poema épico. El Señor concede su deseo y el tiempo se detiene para siempre. La atemporalidad obedece al principio del placer: lo que se quiere, sucede. El tiempo se mueve de acuerdo con la realización de deseos. Así, el fenómeno que relatan quienes han estado en peligro inminente de muerte o que han sido torturados con simulacros de fusilamiento (ecmnesia), debe entenderse también como un intento de prolongar la vida, recapturándola, durante breves instantes, en su casi totalidad.

2. *Ausencia de contradicciones.* La lógica aristotélico-tomista postula por el principio de identidad que una cosa no puede ser y no ser simultáneamente; no se puede estar en un sitio y al mismo tiempo en otro; no se puede ocupar un espacio ya ocupado; sin embargo, en la fantasía, en el contenido del sueño y en el síntoma, se es a la vez espectador y protagonista de la propia historia; se está vivo y muerto al mismo tiempo; se es hombre y mujer; se es ser humano y animal, como en el caso de Gregor Samsa, el personaje de *La metamorfosis* de Kafka.

La fantasía no se detiene frente a las barreras impuestas por la lógica. Atahualpa Yupanqui canta:

*Qué cosas tiene la vida misteriosas por demás;
uno está donde uno quiere muchas veces sin pensar.
Las leguas desaparecen si el alma empieza a aletear,
si los caminos son leguas en la tierra y nada más.
A qué le llaman distancia, eso me habrán de explicar.*

En el contexto de la patología psiquiátrica, Bleuler⁸ describe como uno de los "síntomas primarios" y fundamentales de la esquizofrenia, la ambivalencia: la ausencia total de contradicción sin que el enfermo se percate de la incongruencia. Así, un paciente esquizofrénico puede sentir que es enviado por fuerzas divinas para divulgar un mensaje de paz y de amor, en tanto que simultáneamente agrede ferozmente a quienes lo rodean; o bien un esquizofrénico puede estar convencido de que es dueño de enormes riquezas y poderes mientras solicita una colilla de cigarrillo, sin que encuentre en estas actitudes opuestas la más leve falta de coherencia.

Cabe anotar que el concepto original de la ambivalencia de Bleuler fue ampliado y hecho universal por Freud⁹ y Abraham¹⁰, habida cuenta que en todo ser humano existen inevitablemente contradicciones afectivas básicas y simultáneas. Existiría, empero, una diferencia fundamental: el individuo común o el neurótico, presas de la ambivalencia, expulsan de la conciencia uno de los elementos constitutivos del par antitético, por ejemplo, el odio o la hostilidad, en tanto que el otro permanece en la conciencia. En el esquizofrénico, las barreras de la lógica secundaria se destruyen frente a la invasión fragmentadora por parte del proceso primario y la ausencia de contradicciones; de allí que el enfermo esté sumergido en el mundo de los contrarios pero sin darse cuenta en lo más mínimo de éstos.

3. *Desplazamientos masivos de energía psicológica.* El desplazamiento se refiere a transferencias masivas de energía psicológica que serán más importantes económicamente, en la medida en que estén más dominadas por el proceso primario mismo, cuya característica esencial, conviene recordar, es la extremada fluidez de las cargas. Vale decir que la movilidad de las cargas será tanto mayor cuanto más pequeño el niño, más soñante el soñante o más regresivo el esquizofrénico. Así, por ejemplo, el niño muy pequeño concentra la totalidad de su atención en algún juguete; si éste se le retira, llora intensamente hasta que de nuevo su carga emocional se dirija a otro objeto que atraiga su atención. En la llamada fuga de ideas, alteración patológica básica del paciente maniaco, los contenidos mentales se persiguen unos a otros con tal velocidad, que el paciente no logra fijar la atención en un tema específico.

4. *Condensaciones masivas de energía psicológica.* Las condensaciones de energía psíquica y de cargas, al igual que lo descrito en el desplazamiento, se caracterizan por su masividad, en tanto se aproximan a los dominios del proceso primario. En la mitología de los pueblos surgen figuras, como la del dios Pan, que aúna rasgos humanos y animales, o como la esfinge cuyo material básico es pétreo, cuya forma es animal y cuya capacidad de razonar excede lo humano. En el sueño aparecen construcciones, a través de las cuales resultan personajes mixtos, estructurados sobre características parciales de varias personas diferentes. En los síntomas orgánicos o mentales (o mejor aún, siempre orgánicos y mentales) la función o el órgano afectado se convierten en el representante condensado del conflicto global que vive el paciente e incluso de su personalidad misma.

Para cualquier enfermo hospitalizado, en el transcurso de un postoperatorio penoso, por ejemplo, habrá una enfermera o un médico que se convierten en el epítome de lo persecutorio en relación con sus propios sufrimientos, en tanto que otro deviene el representante de una figura parental bondadosa. Para el paciente psicótico-esquizofrénico, invadido por lo inconsciente, el concepto, el símbolo y la representación desaparecen. No se trata ya de que la enfermera cariñosa recuerde a la madre, represente a la madre: el "como si" desaparece frente a la ausencia de contradicciones; por la condensación, regida como todo el proceso primario por el principio del placer, se ha convertido en la madre; la parte se ha convertido en el todo. El paciente psicótico construye así, por condensación y por medio del trastorno del pensa-

miento, que en psicopatología se conoce con el nombre de sincrético, híbridos totalizadores con los cuales mantiene una inestable relación que se rige por desplazamientos masivos, por la ley de "todo o nada". Si la figura no obedece a todas las expectativas narcisísticas que el enfermo ha condensado en ella, como inevitablemente sucede, la desplaza interiormente y la convierte en un ser tajantemente diferente, paradigma de todo lo malo y de todo lo persecutorio.

El interjuego económico de funcionamiento del proceso primario se gobierna por el continuo intercambio entre desplazamientos y condensaciones de energía psíquica. A medida que aparece y se va haciendo funcional el proceso secundario, esta energía se liga, se fija, aminorando la masividad de los movimientos de energía.

5. *Predominancia de lo visual.* Esta supremacía relativa se refiere a que la captación visual precede a la captación del significado de la palabra. El sueño corresponde a una regresión a través de la cual los conceptos abstractos y las palabras se convierten en imágenes visuales¹¹, es decir, soñamos en imágenes. Así también el ensueño diurno, los "castillos en el aire", transcurren, como su nombre lo indica, en la esfera de lo visual. La obra de arte plástica se presta, en forma particularmente adecuada, a la expresión de fantasías y a la realización de deseos.

Ahora bien, todo esto no quiere decir que lo visual sea, estrictamente hablando, el vehículo más primitivo para la expresión del proceso primario; lo olfatorio, por ejemplo, es aún más arcaico, y los recuerdos olfativos están dotados de una intensidad extremadamente vívida; son, sin embargo, muy fugaces y, por lo tanto, difíciles de capturar y retener en la memoria. La música evoca también resonancias emocionales intensas por las cuales se expresan fantasías inconscientes y es, a su vez, además de cualquier otra consideración, la cristalización de éstas.

Lo consciente, lo preconscious y lo inconsciente

Desde el punto de vista propiamente topográfico se han descrito tres estratos o espacios virtuales: consciente, preconscious e inconsciente. En lo que concierne a la función en sí, se contaría con *dos sistemas operativos*: 1. El sistema inconsciente (sistema inc), regido por el proceso primario, con energía continuamente móvil, 2. El sistema preconscious-consciente (sistema prec-cc), gobernado por el proceso

secundario y caracterizado por sistemas de carga fijados y ligados a representaciones ideativas, lo que permite que se estructure el pensamiento lógico.

El preconscious tiene una doble función: desde el punto de vista topográfico constituye un paso obligado entre lo inconsciente, inaccesible por sí mismo, y la conciencia; por otra parte, es en el preconscious donde se forman los símbolos, ideas y conceptos que proporcionan a lo inconsciente la posibilidad de vehicular sus contenidos, al producirse el eslabonamiento entre la energía que proviene del inconsciente y la formación simbólico-conceptual.

Entre lo inconsciente y lo preconscious existe una primera barrera, una primera censura. Una segunda censura que se establece entre lo preconscious y la conciencia, es más fácil de vencer. En razón de la primera censura no podemos recordar, pensar o sentir. Con base en la segunda, se hace difícil la comunicación de algún contenido, así se tenga en la percepción conciencia.

De esta forma, los contenidos inconscientes confrontarían varios tipos de dificultades para penetrar a la conciencia:

1. Existiría un motivo de orden dinámico-económico: los contenidos pueden ser dolorosos de acuerdo con el principio de displacer-placer, y son, por lo tanto, detenidos o expulsados por la censura (represión)¹².
2. Un segundo motivo, de orden topográfico, está relacionado con la necesidad del paso obligado a través del preconscious.
3. Una tercera causa, de tipo topográfico-sistémico, se relaciona con el hecho de que los contenidos inconscientes se hallan, por así decirlo, en el idioma del proceso primario, y tienen por lo tanto, que pasar por una especie de traducción al lenguaje del proceso secundario para poder ser captados en conceptos y símbolos a través de su estructuración y su unión con la palabra en el preconscious.

Consciente, preconscious e inconsciente configuran un sistema estructural. Carece de sentido intentar ubicar alguno de los estratos aislado y divorciado de los otros. El proceso primario y el proceso secundario están en una continua interrelación y todo pensamiento, por abstracto o razonable que sea, tiene sus raíces profundas en el proceso primario. A su vez, éste último no podría encontrar canales de expre-

sión conceptual si no existiera la complementación con los símbolos, palabras y conformaciones del proceso secundario.

En condiciones ideales la comunicación entre los sistemas es permeable, lo que permite la adaptación madura y el equilibrio entre las necesidades del sí mismo (*self*) y el mundo externo. En las enfermedades mentales menores, neurosis, la represión tiende a aplastar las posibilidades de expresión del inconsciente y, en consecuencia, la vida interior del sujeto. En la psicosis, la diferenciación entre los sistemas se destruye y los contenidos inconscientes invaden caóticamente la personalidad que se fractura y fragmenta.

Uno de los objetivos básicos de la terapia psicoanalítica es aumentar la permeabilidad y comunicación entre los sistemas. El contacto con el mundo interior, en el transcurso de un psicoanálisis, se busca y se logra en forma paulatina, de manera que la economía psíquica permita contactar el proceso primario a favor de lo creativo y lo sintético. Un fenómeno similar sucede en la creación artística. En el delirio sistematizado de la paranoia, por ejemplo, ocurre lo inverso: a partir de premisas falsas, determinadas por fuerzas que para el paciente son ciegas, se construye un pseudosistema lógico: el proceso secundario se pone al servicio de lo irracional; la lógica es arrastrada hacia lo destructivo-misterioso y puesta al servicio del potencial disociador de lo inconsciente no regulado.

Noy¹³ considera que la postulación freudiana de proceso primario y de proceso secundario sigue un modelo jacksoniano, demasiado jerarquizado, y hace énfasis en que ambos sistemas cumplen funciones definidas igualmente importantes sin que se deba considerar el problema en términos de predominio del proceso secundario sobre el primario.

NOTAS

1. S. Freud, "Lo inconsciente".
2. S. Freud, "La psicopatología de la vida cotidiana".
3. S. Freud, "El esquema del psicoanálisis".
4. S. Freud, "Lo inconsciente".
5. S. Freud, "La psicopatología de la vida cotidiana".
6. S. Freud, "Lo inconsciente".
7. S. Freud, "La psicopatología de la vida cotidiana".

8. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*.
9. S. Freud, "Una teoría sexual".
10. K. Abraham, *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*.
11. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
12. S. Freud, "El yo y el ello".
13. P. Noy, "Teoría psicoanalítica del proceso primario".

4. EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL

*¿Cuándo nos reencontraremos nosotras tres?
Con el trueno, el rayo o la lluvia,
Cuando el barullo se haya terminado,
Cuando la batalla se haya perdido y ganado.*
William Shakespeare, *Macbeth*

El punto de vista estructural

Paulatinamente Freud se da cuenta de que el abordaje topográfico se hace, en algunos aspectos, insuficiente, en el sentido de que el conflicto dinámico casi se plantea en términos del "yo" como sinónimo de conciencia, frente al inconsciente¹. A través del trabajo clínico Freud se percató de la existencia de funciones yoicas no conscientes. De allí surge el punto de vista estructural que no pretende en manera alguna reemplazar al tópico, sino que más bien representa una complementación de éste y una cuarta visión metapsicológica, a pesar de que Freud nunca lo explicitara como tal.

El punto de vista estructural atañe a tres instancias, a tres grupos hipotéticos de fuerzas dotadas de energía dinámica. Los tres grupos no pueden entenderse aisladamente; cada uno existe en función de los otros y sólo puede ser comprendido en calidad de parte componente de una estructura; no se puede entender la parte sino en función del todo y éste sólo en función de las partes.

Las estructuras son:

El *ello* o *id*.

El *yo* o *ego*.

El *superyó* o *superego*.

El ello o id

El término "das es" fue tomado por Freud de Groddeck quien, a su vez, lo había tomado de Nietzsche².

Se define el ello como la suma total de las tendencias instintivas. Ahora bien, en biología el concepto de instinto alude a patrones de conducta heredados. En la psicología clásica se refiere a lo que no puede ser modificado por el aprendizaje.

En la teoría psicoanalítica la acepción se enriquece y se complejiza: el sistema nervioso se ve afectado por dos tipos de estímulos básicos:

1. Estímulos externos, discontinuos, de los cuales se puede escapar por la fuga y cuyo modelo es el arco reflejo. Así, si se pincha un brazo con un alfiler, automáticamente éste se retira; si se golpea con un martillo de reflejos el tendón rotuliano, la respuesta inmediata, a no ser que medie patología en el sistema nervioso, es el reflejo patelar. De la misma manera, si una persona se ve ante peligros externos, tenderá a huir.

2. También existen estímulos internos, continuos, de los cuales no se puede escapar mediante la fuga y que tienen una representación mental denominada fantasía inconsciente. Es a estos impulsos internos a los que se denomina en la teoría psicoanalítica "instintos" y éste será el sentido que se le dará a lo largo de este libro. Freud utiliza la palabra *Instinkt* para hacer referencia a los aspectos predominantemente biológicos de la pulsión, y *Trieb* para designar la concepción funcional que se acaba de definir³. Por supuesto, este aspecto específico del funcionamiento psíquico-humano es distinto a lo que se denomina instinto en los animales inferiores aunque, sin duda, está relacionado con él⁴. El impulso (*drive*) en el ser humano no incluye la respuesta motora sino tan sólo el estado de excitación central en la respuesta al estímulo, sino que tiene que ser mediada por una parte altamente diferenciada de la mente (el yo) y esto, a su vez, permite que la respuesta al estado de excitación que constituye el impulso o tensión instintiva, sea modificada por la experiencia y la reflexión, en vez de estar predeterminada, como en el caso de los instintos de los "animales inferiores"⁵.

Debe hacerse hincapié en la representación mental del instinto (representante ideativo) ya que gracias a ella toda la teoría instintiva deviene un eslabón y un punto de unión entre lo que llamamos artificialmente biológico y psíquico. Frente a situaciones internas

adversas el hombre intenta manejar los estímulos provenientes del interior como si se tratara de estímulos externos, es decir, a través de la huida; este propósito, siempre por lo menos parcialmente fallido, corresponde al conjunto de maniobras defensivas psíquicas denominadas "proyección".

Características del instinto

Se consideran cuatro⁶⁷:

1. Fuente
2. Fin
3. Perentoriedad
4. Objeto

1. *La fuente* corresponde a la víscera o a la glándula de secreción interna que da origen al estímulo displacentero (tensión instintiva) y a su correspondiente fantasía. En el caso del hambre, por ejemplo, la fuente sería la mucosa gástrica irritada por el aumento de la secreción. En el caso de la micción la fuente es la vejiga distendida.

2. *El fin* del instinto es la descarga que determina el cese de la tensión displacentera a nivel de la fuente. La descarga se asimila en general a la obtención de placer.

3. *La perentoriedad* se relaciona con la pujanza, con la cantidad de trabajo inmediato exigido por el organismo frente a una necesidad instintiva cualquiera.

4. *El objeto* es el medio que el instinto utiliza para la descarga. Inicialmente Freud consideró al objeto como la característica menos importante de los instintos ya que el objeto sería fácilmente intercambiable. Poco a poco esta minusvaloración del objeto fue modificándose a partir de la observación de que el número de objetos que se presentan en la vida de un ser humano es relativamente limitado.

Se define el objeto como la vivencia yoica de todo lo que es el "no yo". Paulatinamente el objeto, sus vicisitudes, la forma como se estructura y todo lo que concierne a las relaciones objetales, en últimas, las relaciones de los seres humanos entre sí, han venido a ocupar uno de los ejes centrales, si no el medular, de la teoría psicoanalítica. No se concibe

el desarrollo del ser humano sino en función del *otro*, vivido inicialmente en forma parcial. En el interior del ser humano se lleva a cabo una continua dramatización relacional. Esta dramatización influye indudablemente sobre los procesos biológicos y es, a su vez, influida por estos, en un interjuego constante. Algunos autores (ver p. 44) postulan una concepción psicoanalítica centrada casi totalmente en el objeto y que tiende a excluir, en cambio, lo económico-instintivo. Esta evolución del pensamiento psicoanalítico es el reflejo de un dejar atrás los rezagos de la psicofísica del siglo XIX para adoptar un enfoque más humanístico y existencial. Pero con ella se corre el riesgo de descuidar la base biológica del hombre.

Vicisitudes de los instintos

Se refieren a los destinos a los cuales están sujetas las fuerzas instintivas. Vale la pena aclarar una vez más que el ello y, por lo tanto, los instintos no funcionan aisladamente sino en una relación de campo con las restantes estructuras. Así, la vicisitud instintiva tiene su equivalente en el mecanismo de defensa, modificación del instinto estudiada a través de la lente del yo. Cuatro son los destinos de los instintos⁸:

1. *Represión*. Corresponde a la supresión, jamás lograda totalmente, del representante ideativo del instinto o de su energía.
2. *Sublimación*. Se relaciona con la inhibición en el fin, la canalización y el refinamiento de las fuerzas instintivas.
3. *La transformación en lo contrario*. Se puede descomponer a su vez en dos procesos:
 - a. *Transición en el fin*. El sadismo, por ejemplo, puede convertirse en masoquismo; el deseo de contemplar (voyeurismo), en el de ser contemplado, etc.
 - b. *Transformación en el fin*. Hace alusión al cambio de amor en odio.
4. *Vuelta contra la propia persona*. Se puede hacer coincidir con la transición en el fin.

Estas vicisitudes instintivas se pueden descomponer en pasos sucesivos, de la siguiente forma:

Se toma el par antitético⁹ voyeurismo-exhibicionismo (mirar-ser mirado), que si bien se define básicamente en su forma más extrema, como perversión, se encuentra parcialmente reprimido y sublimado en todos los seres humanos. Para efectos del ejemplo, se parte del deseo de mirar: en un primer paso el yo busca mirar a otro. En el perverso voyeurista, la satisfacción sexual se obtiene predominante o exclusivamente a través del mirar, pero también hay momentos de la vida en los cuales el niño o el adolescente experimentan sensaciones parecidas y obedecen a patrones psicosexuales similares. En un segundo paso, al producirse la transición en el fin, que implica, a su vez, vuelta contra sí mismo, la meta se transforma de activa en pasiva y la persona desea ser mirada. En un tercer paso, el paciente, o el niño, necesitaría encontrar a alguien que lo mire, así como inicialmente deseaba mirar él mismo: el fin primario y manifiesto, voyeurismo, ha cedido el paso al otro componente reprimido del par antitético, es decir, al exhibicionismo.

Otro ejemplo tiene relación con el sadismo-masoquismo: en el primer paso, si partimos del sadismo, el niño, o el perverso torturador, buscaría a alguien a quien infligir daño; al producirse la transición en el fin, la agresión activa se orienta contra la propia persona, transformándose así, en pasiva (segundo paso). El yo busca, entonces, en una tercera fase, una forma de ser agredido o de agredirse a sí mismo, de igual manera que antes deseaba agredir. El sadismo se ha convertido en masoquismo secundario.

Cabe anotar que antes de la postulación del instinto de muerte, en 1920, no existe la concepción de masoquismo primario. El masoquismo es siempre secundario, vale decir, el resultado del sadismo frustrado y revertido.

El yo

Hasta la postulación de "El yo y el ello"¹⁰, Freud utiliza la concepción del "yo" como sinónimo de personalidad global o bien, y en otros trabajos, como equivalente de lo consciente y de las defensas preconscientes frente a la instintividad sexual. A partir de lo estructural el yo, el ego, aparece y se define:

1. Como la corteza de una superficie (la proyección en superficie del aparato mental).



2. Como la modificación que se produce en el ello por el contacto con la realidad.
3. Como un conjunto de identificaciones.
4. Como un conjunto de funciones, algunas de ellas adjudicadas anteriormente al preconsciente y entre las que se cuentan:
 - Percepción-conciencia
 - Acceso a la motilidad
 - Función de censura en los sueños
 - Función sintética de la personalidad
5. Como el decantado de catexis de relaciones objetales introyectadas y abandonadas como estructuras.

El yo está constituido por identificaciones y funciones conscientes e inconscientes.

El superyó

Alrededor del tercero a quinto año de vida, para Freud y más tempranamente para otros autores, y como parte del proceso de sedimentación y elaboración de la problemática edípica, se establecen en el yo identificaciones muy intensas, cuya energía se deriva de la disolución de las catexias de objetos ligados al edipo. Estas identificaciones incorporan las figuras paternas y, con ellas, los valores familiares y sociales. Se conforma entonces una nueva estructura diferenciada del yo, que rige las funciones de autocrítica y autoestima y que actúa como una especie de juez interior que ejerce funciones de monitoría. Al superyó también se lo llama conciencia moral o ideal del yo.

La acción del superyó no es solamente punitiva y restrictiva; representa también el valioso decantado de los valores de la especie a lo largo de su evolución¹¹.

Topográficamente el superyó actúa conscientemente (sentimiento de culpa, malestar por algo sentido como prohibido y que se ha hecho). Simultáneamente opera también en forma inconsciente. En ocasiones la culpa inconsciente impulsa al individuo a buscar castigo por lo hecho o por lo fantaseado. Raskolnikov, en *Crimen y castigo*, se ve condenado por la culpa inconsciente a señalar una y otra vez las pistas que finalmente conducen a su detección por parte de la justicia.

El sentimiento de culpa inconsciente se encuentra también en los llamados por Freud “criminales por sentimiento de culpa”¹² y en la denominada “reacción terapéutica negativa”¹³, en la que el paciente se ve forzado a huir de la terapia psicoanalítica cuando comienza a mejorar, por no poder resistir la sensación de progreso.

Las teorías instintivas

Freud realiza su obra sobre la base de tres teorías instintivas fundamentadas siempre en polaridades y contraposiciones, vale decir, en la noción axial de conflicto. De cada teoría surge una visión global del conflicto biopsicológico y una específica en relación con la etiología de las psiconeurosis y de las psicosis. Las teorías instintivas, más que reemplazarse, se complementan.

Primera teoría instintiva

La primera teoría instintiva de Freud se basa en la postulación de un grupo de instintos que reunió bajo la denominación de “instintos sexuales”¹⁴, dotados de una energía que llamó *libido*, frente a otro grupo instintivo, más cercano a la conciencia y a las modificaciones de la experiencia, aglutinado en la concepción de instintos del yo o instintos de autopreservación a los que inicialmente adjudica también una energía propia que llama *interés*.

Las observaciones conectadas con la primera teoría se relacionan particularmente con la observación clínica de que la energía de los instintos sexuales es bloqueada por la represión de las anticatexias movilizadas por los instintos del yo y encuentra su camino de salida a través de vías de compromiso psíquicas, somáticas o combinaciones de ambas^{15 16}.

Las neurosis

Dentro del contexto de esta primera teoría se establece la contradicción y el conflicto entre los instintos sexuales y los instintos del yo, entre la libido y el interés. En este momento los fenómenos patológicos y, en particular, las neurosis, se plantearían como conflictos entre el yo y el ello.

El término *neurosis* se refiere a un grupo de enfermedades mentales menores, en comparación con las *psicosis*, en que se destacan los

trastornos subjetivos. Las neurosis se distinguen positivamente por la presencia constante de la angustia y por la utilización masiva de mecanismos defensivos contra ésta, que devienen rígidos y obsoletos. A pesar del estrechamiento del campo vital de las inhibiciones y de los síntomas, el paciente no rompe masivamente con el entorno y puede mantener una adaptación social aceptable aunque limitada y poco creativa. La neurosis puede manifestarse en términos de:

- Síntomas físicos
- Síntomas psíquicos
- Estructura de carácter, una forma de ser abierta o soslayada-mente rígida.

Para que se produzca una neurosis se requieren dinámicamente tres condiciones básicas:

1. Que se reactive un deseo infantil erótico u hostil, prohibido, desencadenado por vivencias actuales.
2. Que el yo movilice defensas (represión) contra estos derivados instintivos renovados.
3. Que esta defensa (represión) no sea totalmente exitosa, lo cual lleva al constante "retorno de lo reprimido" y a la necesidad de poner en marcha nuevas defensas¹⁷.

El yo se ve confrontado con deseos instintivos infantiles, prohibidos. Si la personalidad los acepta y los actúa, el cuadro clínico corresponde a la perversión, definida como un patrón sexual de relación en el que predominan componentes arcaicos y parciales. Vale la pena agregar que, desde el punto de vista psicoanalítico, para considerarse perversión, debe ser la forma exclusiva o francamente predominante de satisfacción sexual. Si la personalidad rechaza estos deseos infantiles parciales y los reprime, el cuadro clínico corresponde a la neurosis. Así, *para Freud la neurosis es el negativo* (en el sentido fotográfico) *de la perversión. La neurosis es la defensa contra la perversión*. A su vez, Freud¹⁸ destaca el papel defensivo que una perversión puede cumplir en relación con otra: el fetichista se defiende de lo homosexual mediante el dotar a la mujer de un pene representado por el fetiche.

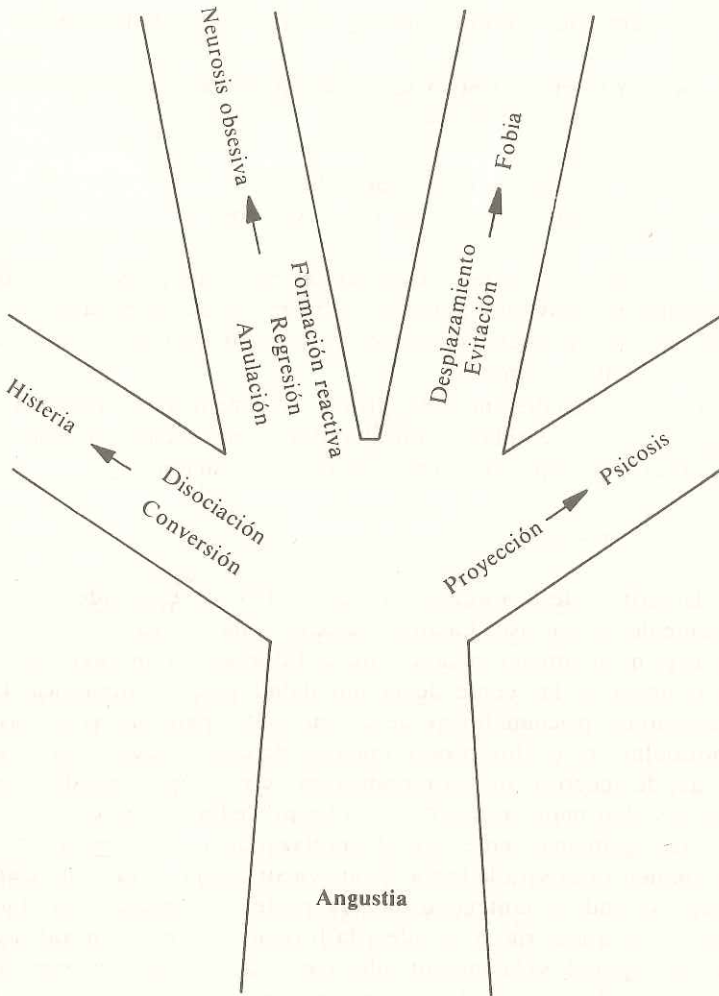


Gráfico 5: La angustia como tronco común a las neurosis

Actualmente se tiende a considerar que tanto la neurosis como la perversión constituyen defensas contra mecanismos más arcaicos y potencialmente más desintegradores de la personalidad, es decir, las psicosis.

De esta teoría instintiva surge una primera clasificación de las neurosis en la que se contraponen:

- Las neurosis actuales o actualneurosis.
- Las neurosis de defensa o psiconeurosis.

Las neurosis actuales se caracterizan por tener poca relación con la biografía del individuo; por la poca utilización de los mecanismos de defensa y por una relación etiológica directa con una frustración sexual actual y de allí su nombre.

Comprenden dos entidades primarias: la neurosis de angustia y la neurastenia; y dos entidades consideradas apenas secundariamente en este contexto: la hipocondría y la despersonalización.

La neurosis de angustia

Descrita y desbrozada por Freud en 1895¹⁹, se considera la más frecuente de las neurosis. La angustia es, de todas formas, el tronco del cual surge no solamente cada una de las falsas soluciones patológicas, sino también es la fuente de la movilidad psíquico-dinámica. Las clasificaciones psicoanalíticas de las entidades patológicas se basan primordialmente en los procedimientos defensivos que utiliza cada persona, de acuerdo con los mecanismos defensivos de que dispone y con su peculiar manera de ser. Así, si los procedimientos defensivos se relacionan principalmente con el desplazamiento y la evitación, la solución neurótica será la fobia. Si utiliza su cuerpo para somatizar el conflicto y tiende a mantener disociadas partes de sí misma, el producto neurótico es la histeria. Si tiende a la formación por lo contrario y a mantener separados el contenido afectivo de la idea que le corresponde, el resultado es la neurosis obsesivo-compulsiva. Si la angustia rebosa las capacidades de la persona para manejarla, el yo la proyecta masivamente y rompe con la posibilidad de distinguir lo que proviene del afuera como percepción y lo que proviene del adentro como sensación; es decir, apela a la solución psicótica. De tal manera, la psicosis es, entre otras cosas, un proceso mediante el cual la proyección de la angustia

lleva a una renuncia de la autonomía psíquica, a una entrega masiva de los privilegios y de las responsabilidades.

En la neurosis de angustia, la angustia no se canaliza a través de mecanismos específicos de defensa, sino que se mantiene en forma más o menos continua y amenazante, perturbadora y limitante en el interior del paciente. De allí que en algunas clasificaciones se conozca esta entidad con la nominación de "neurosis de ansiedad libremente flotante". Para Freud, el motivo básico de las neurosis de angustia se relaciona con la excitación sexual frustrada y particularmente con la abstinencia y el *coitus interruptus* que, vale la pena recordar, constituía a principios del siglo el más frecuente y eficaz método de anticoncepción. A partir de esta excitación frustrada (libido detenida) se desarrollaría lo que Freud llama "energía sexual somática" (ESS), que no alcanza a hacerse psicológica, que no se elabora y que se descarga directamente a través de los síntomas.

Esta concepción de Freud, al igual que muchas de las relacionadas con los aspectos generales sobre las neurosis actuales, conservan su importancia teórica, pero tienden a ser descartadas desde el punto de vista práctico. Si bien las frustraciones sexuales desencadenan reacciones ansiosas, no todas las reacciones ansiosas se deben a frustraciones sexuales, así éstas últimas se hallen presentes en la base del problema. Sin embargo, algunos autores²⁰ anotan las similitudes existentes entre las postulaciones de Freud sobre las neurosis de angustia y las investigaciones de Masters y Johnson acerca de la respuesta sexual humana, en el sentido en que las mujeres que no logran el orgasmo en el acto sexual desarrollan un cuadro de vasoconstricción pélvica que conduce a síntomas psíquicos y fisiológicos, casi idénticos a los descritos por Freud. El factor común está dado por la estimulación sin descarga. Los síntomas de las neurosis de angustia se refieren, en primer término, a una sensación constante de expectativa dolorosa y, en segundo lugar, tienen que ver con somatizaciones que pueden hacerse manifiestas a través de cualquiera de los sistemas orgánicos. Así, cardiovascular: taquicardia, dolor precordial, arritmias, aumento de la tensión arterial sistólica; respiratorio: tos, dificultad para respirar, hiperventilación; digestivo: diarrea, cólicos, vómitos; genitourinario: poliuria, poliaquiuria, espasmos vesicales; locomotor: vértigo, que se liga a la hiperventilación y que característicamente corresponde a la sensación de que el piso cede bajo los pies; etc. El ataque puede cubrir varios sistemas de órganos o bien presentarse a través de un síntoma o signo único que representa la totalidad de la crisis (equivalente).



Neurastenia

Fue descrita por el psiquiatra norteamericano Charles Beard^{21 22} en la segunda mitad del siglo pasado. Destaca como síntomas característicos la astenia psicológica o cansancio; cefalea, irritabilidad, mal humor constante y explosivo, insomnio, dolor en el trayecto de los nervios raquídeos, constipación intestinal, mejorías y empeoramientos aparentemente espontáneos.

Para Beard, la sintomatología de la neurastenia se relaciona básicamente con las tensiones producidas por las concentraciones urbanas, los adelantos técnicos y el *stress* psicosocial asociado a la era industrial.

Por supuesto, Beard plasma, a través de su concepción de la enfermedad, una problemática más de fondo, que se vincula con uno de los interrogantes más interesantes que se plantean las ciencias del comportamiento, particularmente en la era postindustrial. Se trata de lo siguiente: hasta qué punto el progreso técnico y las concentraciones urbanas determinan, a través de una grave disociación entre el individuo y su entorno, las alienaciones y ciertos tipos de enfermedad mental. Es indudable que el progreso del ser humano no se lleva a cabo en forma homogénea. Cualquier adelanto técnico supone un proceso de adaptación y aculturación. El hombre desarrolla una gran capacidad para inventar instrumentos de manejo técnico, pero la integración afectivo-cognitiva, que le permite adecuar los nuevos utensilios para fines no destructivos, se halla siempre a la zaga de lo técnico. Se produce, entonces, una brecha que, a veces, parece casi imposible de salvar, toda vez que en el momento en que se piensa haber conseguido la adaptación a la nueva tecnología, ésta ya ha dado nuevos y gigantescos pasos, aumentando, por consiguiente, la alienación afectiva. Ya en el año de 1774, Benjamín Rush²³, médico norteamericano y uno de los signatarios de la declaración de independencia de los Estados Unidos, atribuía el aumento de la enfermedad neurótica, y su difusión, al "abandono de las sanas costumbres de nuestros antepasados por las ideas que se gestan en las ciudades".

Si bien es indiscutible que el progreso técnico avanza en progresión casi geométrica y la aculturación se mueve en proporción aritmética, con la consiguiente disociación, es difícil establecer una relación causa-efecto entre progreso y enfermedad. El conflicto y su resolución patológica o creativa parecen estar en la esencia misma de las contradicciones que el hombre confronta en razón de su naturaleza humana.

Freud²⁴ considera válidas las razones expuestas por Beard pero piensa que la causa básica de la neurastenia se relaciona con la masturbación y sus consecuencias. Si bien la actitud de Freud frente a la masturbación está teñida por prejuicios victorianos y le atribuye efectos francamente tóxicos (como enfoca el problema de las neurosis actuales, en general), toma en cuenta la masturbación en el contexto de la patología de la soledad y como un reflejo de la problemática que posteriormente conduce a la postulación específica de la patología del narcisismo. Así, por ejemplo, incluye dentro de la masturbación la relación sexual distorsionada, en la cual uno o varios participantes vivencian el hacer el amor con fantasías relacionadas con personas diferentes al compañero o compañera sexual (coito masturbatorio de Ferenczi)²⁵.

La despersonalización

Los fenómenos de despersonalización se encuentran en una amplia gama de cuadros, e incluyen la reacción adaptativa de la adolescencia, la histeria de disociación, la regresión inducida por el análisis o la hipnosis, los estados intermedios entre sueño y vigilia (hipnagógicos e hipnopo) y los síndromes mentales orgánicos; y, por supuesto, en su expresión más dramática, se manifiestan en el comienzo de la esquizofrenia.

En la despersonalización el efecto esencial es de perplejidad. El paciente siente un cambio profundo y extraño en sí mismo y en el mundo que lo rodea (desrealización). La persona afectada siente el mundo plano, los colores parecen haber perdido su tonalidad y fuerza, casi como si el mundo careciera de aristas y de tercera dimensión que permitan asirlo.

Hipocondría

Aunque Freud²⁶ establece una relación más bien tangencial entre los conceptos de hipocondría y actualneurosis, se mencionará acá recordando, sin embargo, que el contexto del síndrome es mucho más amplio.

Se define la hipocondría como una sensación de malestar y/o dolor en un órgano o un grupo de órganos, no respaldada por una lesión orgánica.

Esta sensación comprende una variedad amplia de cuadros entre los que se cuentan:

1. La hipocondría ligada a la depresión y a los trastornos afectivos.

2. La hipocondría ligada a la psicosis esquizofrénica. En este sentido, conviene recordar que toda construcción delirante se estructura sobre la base de una desintegración del cuerpo, ya que *el primer yo es un yo corporal*. El paciente comienza a entrar en un mundo de delirio a través de la desestructuración de su imagen corporal y abandona el delirio mediante la reunificación de ésta. Inicialmente el esquizofrénico (o el melancólico delirante) siente, por ejemplo, que sus órganos se vuelven picadillo, su cerebro se derrite, su cara se transforma, sus vísceras cambian de sitio, etc. En el proceso de la mejoría refiere los síntomas a racionalizaciones de tipo somático, diciendo: "Estaba enfermo del hígado", "estaba enfermo de la cabeza".

3. La hipocondría propiamente dicha que, en términos de neurosis actuales, corresponde, para Freud, a una acumulación de la libido del ego. *En este tipo de cuadro clínico se observa en forma muy característica el narcisismo vehiculizado a través del deleite, de la fruición con que el paciente se refiere a sus propias dolencias*. En *Por el camino de Swann*, Proust describe magistralmente en la tía Leoncia un acabado ejemplo de carácter hipocondríaco.

4. La hipocondría ligada a la psicopatía se refiere al síndrome de Munchausen²⁷, en el cual el paciente, habitualmente un pequeño delincuente, acude a un hospital fingiendo una sintomatología que inevitablemente conduce al médico a una decisión quirúrgica. Durante la convalecencia el paciente huye para reaparecer en otro hospital, con un nombre falso y buscando una nueva intervención quirúrgica. En el síndrome de Munchausen, *aparece en un primer gran plano otra de las características comunes al síndrome, cual es la culpa inconsciente y la necesidad de castigo*, que lleva a estos pacientes a tratar de encontrar y aceptar estoicamente procedimientos dolorosos y frecuentemente mutilantes.

5. La hipocondría reactiva aparece como una especie de compen-

sación y de reemplazo en situaciones de pérdida. Es, por ejemplo, muy frecuente en los ancianos quienes, a medida que en su mundo se desvanecen relaciones objetales, trabajo o intereses, los reemplazan con una excesiva atención centrada en sus propios órganos y en su funcionamiento.

En este tipo de hipocondría surge con toda claridad otro de los fenómenos medulares del cuadro clínico: el reemplazo de una catexis de objeto por una identificación. Esto corresponde al narcisismo que en la esquizofrenia se presenta en forma generalizada en tanto que en la hipocondría se condensa en un órgano, generalmente fluctuante, que se supervalora y deviene en representante narcisístico de toda la personalidad²⁸.

Tausk²⁹ fue el primero en llamar la atención sobre la fantasía de descomposición en el paciente hipocondríaco. La unidad orgánica se rompe y el paciente, a la manera del monstruo creado por Frankenstein en la novela de Mary Shelley, se siente constituido por órganos de distinto origen.

Como comentario final sobre las neurosis actuales, es menester aclarar que, en cierto sentido, el concepto conserva su vigencia en el psicoanálisis. Los cuadros suelen hallarse mezclados entre sí y con otras neurosis y frecuentemente constituyen la base somatopsicológica sobre la cual se construyen las neurosis y psicosis de defensa. Así, por ejemplo, hay una correlación estrecha entre la neurosis de angustia y la histeria de conversión. La hipocondría está, como se ha visto, en la base de las psicosis paranoides. Por otra parte, es frecuente que la actualneurosis sea el factor desencadenante o la primera manifestación de una neurosis más compleja. Las frustraciones sexuales constituyen un reflejo de la vida global de un ser humano y, a su vez, contribuyen a desestabilizarla. La cefalea, producida en parte por una frustración sexual y, como tal, manifestación de neurosis de angustia, se puede libidinizar (conflictualizar) en un momento dado y transformarse en un síntoma conversivo.

En las palabras de Freud³⁰, "las neurosis actuales suministran a las psiconeurosis la necesaria 'complacencia somática'... el núcleo del síntoma psiconeurótico, el grano de arena en el centro de la perla, está formado por una manifestación sexual-somática". Actualmente el elemento "tóxico" se toma con muchas reservas.

Significados del síntoma

Las siguientes consideraciones guardan relación, en mayor o menor grado, con cualquier manifestación somatopsicopatológica. Se ven con más claridad en la medida en que intervenga más nítidamente la simbolización, la dramatización y la metáfora³¹, características éstas que, como se verá más adelante, corresponden en forma más o menos específica a las neurosis de defensa.

1. La forma del síntoma y aun su contenido, pueden parecer, desde el punto de vista descriptivo, idénticos en diversos pacientes. Su significado funcional, empero, varía en cada persona de acuerdo con su manera de ser, sus mecanismos adaptativos o de defensa, el momento por el cual atraviesa, en fin, su circunstancia vital.

2. El síntoma tiene siempre el significado de una señal de alarma. Al igual que la fiebre, indica que hay una perturbación en el organismo biológico; las compulsiones de un neurótico o las alucinaciones de un esquizofrénico expresan una ruptura de la homeostasis en el organismo biopsicológico³².

3. El síntoma constituye siempre un intento de restitución, de autocuración. Así el psicótico, por ejemplo, que proyecta en el exterior su propia sensación de malevolencia en forma de ideas delirantes de persecución, intenta deshacerse, en la medida de sus posibilidades, de estímulos que le son intolerables y que de no poder exteriorizar lo aplastarían aun más. Por supuesto los síntomas no constituyen una respuesta verdadera. De allí el fracaso de las soluciones neuróticas o psicóticas.

4. El síntoma representa simultáneamente una realización distorsionada de deseos reprimidos y el castigo por estos. Las convulsiones de una paciente histérica, por ejemplo, dramatizan simbólicamente una relación agresiva prohibida y la culpa que la acompaña.

5. Se consideran en el síntoma varios tipos de ganancias o ventajas:

a. La ganancia secundaria *que es siempre parcialmente incons-*

ciente y que nunca alcanza por sí misma a determinar el síntoma, aunque pueda dificultar mucho su remoción. La ganancia secundaria se refiere, por ejemplo, a la llamada *belle indifférence* del paciente histérico, cuya ceguera le impide, por una parte, ver situaciones que serían intolerables para su yo y, por otra, le asegura que los demás deben ocuparse y cuidar de él. La mujer fóbica, que jamás puede salir sola, se asegura en forma parcialmente inconsciente de la continua presencia de su marido.

b. La ganancia primaria se refiere a la descarga que produce el síntoma en la relación global de las fuerzas del conflicto. Desde el punto de vista metapsicológico-económico, esta descarga es muy poco importante y su aporte a la resolución del conflicto básico es mínimo.

c. La ganancia terciaria descrita en los últimos años por Rangell y Stone³³, quienes hacen hincapié en la identidad inconsciente que el paciente establece entre el "sí mismo" y el síntoma. El hipocondríaco se identifica con su enfermedad y cualquier intento de atacar el síntoma es vivenciado como un ataque a la autoestima y a la integridad del *self*. El esquizofrénico siente el intento de demoler racionalmente sus ideas delirantes y sus alucinaciones como la intención aviesa de destruir su propia personalidad y también en esa medida se opone a la acción psicoterapéutica. Freud³⁴ señala esta peculiaridad al describir el dolor como modelo del narcisismo y la condensación, a través de la cual una parte del yo corporal-psíquico representa el todo.

Las neurosis de defensa

Las neurosis de defensa o psiconeurosis se distinguen porque guardan una relación estrecha con la historia longitudinal del individuo y se comienzan a gestar en la niñez; y por la utilización de patrones de mecanismos de defensa que paulatinamente se hacen inadecuados.

Vale decir, lo histórico-genético y el fracaso relativo de la adaptación psicobiológica global juegan en estas neurosis un papel predominante.

Comprenden la histeria de conversión, la neurosis obsesivo-compulsiva y la neurosis fóbica (histeria de angustia)³⁵.

La histeria

Se caracteriza por un grupo de síntomas que se manifiesta a través de alteraciones predominantemente orgánicas (histeria de conversión), y por síntomas que se manifiestan en diversas esferas de lo predominantemente mental (histeria de disociación)³⁶.

El fenómeno central del conjunto histérico lo constituye, tanto para los síntomas conversivos como para los principalmente mentales, *la disociación. Una parte del yo se escinde y se convierte por desplazamiento y condensación en el depositario del conflicto y su resolución patológica*. Esto explica en parte la relativa indiferencia que el paciente o la paciente (la histeria es bastante más frecuente en mujeres) experimentan frente al síntoma. El síntoma histérico es relativamente estable y exitoso, por cuanto, hasta cierto punto, logra detener temporalmente el conflicto y la ansiedad que éste genera. Consigue esto, empero, a costa de la separación y expulsión simbólica de una parte, función o estructura del yo, que queda excluida del resto de la personalidad.

El síntoma conversivo se basa en la transformación de un conflicto predominantemente psíquico en una alteración o paralización de funciones somáticas (conversión). El yo suele utilizar para la conversión órganos o funciones debilitadas (complacencia somática).

La conversión constituye una manifestación de los procesos generales de somatización, de los cuales conviene distinguir cuatro modalidades que, en ocasiones, pueden entremezclarse:

1. La somatización que corresponde a la descarga directa de la libido represada a través de diferentes órganos y sistemas corporales, característica de la neurosis de angustia.
2. La somatización de la hipocondría, que se diferencia de la conversiva por un menor grado de simbolización y porque habitualmente no calma la ansiedad.
3. La somatización conversiva.
4. La somatización de las llamadas enfermedades psicosomáticas o enfermedades psicofisiológicas, que corresponden al resultado somático de la represión de las emociones y que incluyen entidades tales como la úlcera del duodeno, la colitis ideopática ulcerati-

Histeria de conversión	Enfermedades psicofisiológicas
Territorios del sistema nervioso de la vida de relación	Territorios del sistema nervioso autónomo
Calma ansiedad	Aumenta ansiedad
No produce lesiones estructurales	Produce lesiones estructurales
Sigue distribución simbólica	Sigue distribución anatómica
Origen edípico	Origen preedípico

Gráfico 6: Guía comparativa de Alexander para la histeria de conversión y las enfermedades psicofisiológicas

va, numerosos casos de asma bronquial, la hipertensión esencial, etc.

Alexander³⁷ proporciona pautas generales para establecer distinciones entre el síntoma conversivo y el psicofisiológico:

1. El síntoma conversivo se presenta, por lo general, en territorios correspondientes al sistema nervioso de la vida de relación, es decir, compromete, sobre todo, la musculatura voluntaria (esto no quiere decir, por supuesto, que no se presenten vómitos, diarreas o amenorreas histéricas), en tanto que la enfermedad psicofisiológica se manifiesta principalmente en territorios innervados por el sistema nervioso autónomo (vísceras y glándulas de secreción interna).

2. El síntoma conversivo histérico, como se ha visto, tiende a calmar la ansiedad en tanto que el síntoma psicofisiológico la aumenta.

3. El síntoma psicofisiológico produce lesiones anatomoestructurales que si se agravan pueden conducir a la muerte. El síntoma conversivo *per se* no produce cambios anatómicos, con una notable excepción relacionada con los casos graves de anorexia nervosa. El paciente histérico, claro está, puede sí intligirse serios daños, e incluso suicidarse.

4. El síntoma psicofisiológico se conforma a la distribución anatómica. El histérico configura su síntoma de acuerdo a la representación de su propio esquema corporal. Presenta así, por ejemplo, anestias en bota o en guante, que no corresponden a la innervación objetiva del miembro afectado.

5. Desde el punto de vista histórico-genético, el síntoma psicofisiológico se empieza a gestar en momentos muy tempranos de la vida, en los cuales el lenguaje conceptual no ha adquirido su valor de comunicación³⁸. El síntoma histérico, en cambio, tiene su origen central en la difícil relación que el niño tiene con la pareja de sus padres alrededor del tercer a quinto año de vida. Este proceso de triangulación implica la adquisición y la utilización más fluida, para el niño, del lenguaje simbólico-conceptual. De allí la dramatización característica de las manifestaciones histéricas.

Vale la pena aclarar que dentro de una concepción dinámica y móvil de las defensas y de los cuadros patológicos que estructuran, las entidades clínicas no pueden tomarse en una forma rígida. La histeria y las neurosis, en general, constituyen defensas contra ansiedades más arcaicas y potencialmente más desintegradoras de la personalidad. Las defensas edípicas son una barrera permeable, en mayor o menor grado, frente a los núcleos psicóticos preedípicos (ver gráfico 6).

Los síntomas mentales de la histeria (histeria de disociación) se manifiestan en las fugas, automatismos o los llamados estados crepusculares, amnesias, fenómenos de personalidad múltiple, caracterizados por una disociación más global de la personalidad. Es como si en el marco de referencia del proceso general de escisión del yo, la personalidad se viera gobernada alternativamente por uno u otro grupo de impulsos, defensas y estructuras mentales.

Se había anotado anteriormente que la neurosis puede manifestarse como síntomas, pero estos síntomas, a su vez, se edifican sobre un carácter básico. Se define el carácter como los rasgos habituales de una

persona³⁹, sean normales o patológicos, y se caracteriza por las reacciones usuales de la persona frente a los estímulos externos e internos y que constituye el resultado de deseos reprimidos, sublimados o mantenidos a raya a través del empleo de los mecanismos de defensa.

Ahora bien, el carácter, forma habitual de reacción, no es patológico en sí mismo. Depende de la relativa flexibilidad o rigidez que, en últimas, puede convertirse en una verdadera "coraza", para utilizar la concepción de Wilhelm Reich⁴⁰.

Sus características de normalidad o de patología relativas dependen de varios factores, entre los cuales se destaca la habilidad de una persona para movilizar diferentes tipos de defensas o, por el contrario, el éstasis y el endurecimiento que aprisiona al sujeto en un caparazón "puro", a la manera de las razas que son tanto más vitales cuanto más se entremezclen y cuya pureza excesiva determina un alto índice de retardo mental o de enfermedades hereditarias.

Entre los rasgos de la estructura de personalidad histérica, se encuentran:

1. El histrionismo que se relaciona con el exhibicionismo narcisístico de la etapa fálico-edípica.
2. La tendencia a la manipulación, a manejar a quienes le rodean casi en términos de un estilo de vida.
3. La facilidad con la cual la o el histérico establece identificaciones, que guarda relación con su extremada sugestionabilidad. La histeria, reza un viejo aforismo clínico, es una enfermedad o una manera de ser que evoluciona con la moda. Así, por ejemplo, hay épocas en las que predominan los fenómenos de disociación y de doble personalidad, que parecen extenderse en forma casi endémica, para ser reemplazadas por otras en las cuales el cuadro histérico predominante tiene que ver con convulsiones.
4. La erotización de la palabra y de las relaciones interpersonales. Así, la mujer o el hombre histéricos sexualizan cualquier contacto humano y, como tal, se muestran como si fueran amantes apasionados. Esta erotización excluye, sin embargo, la verdadera sexualidad genital. La persona histérica es, con frecuencia, frígida o impotente. La disociación de la sexualidad genital es el precio que paga por su adaptación.

5. A través de la utilización del mecanismo de conversión, el hístico muestra una muy marcada propensión a usar el propio cuerpo como terreno de batalla, en el cual se enfrentan sus impulsos, afectos y estructuras.
6. Propensión a refugiarse en fantasías y a llevarlas a cabo por medio de estas realizaciones de deseos.
7. El punto de fijación del yo y de la libido se halla ubicado en la fase fálica y tiene que ver con el proceso mediante el cual el niño confronta los sentimientos ambivalentes de amor y odio que le inspira cada uno de los padres y la pareja por éstos configurada (recuérdese, empero, que el concepto de fijación no es estático y que las defensas se movilizan continuamente en una u otra dirección).
8. La defensa hística (represión hística) se caracteriza por su masividad, es decir, se expulsan de la conciencia tanto la idea como el afecto y se tiende, pues, una especie de velo sobre las experiencias vitales y, muy particularmente, sobre las vivencias infantiles. El hístico, dice Freud "sufre de reminiscencias". Se puede agregar que sufre de la incapacidad de recordar.

La neurosis obsesiva

Se marca por la presencia de ideas obsesivas y de actos compulsivos. La idea obsesiva es un trastorno del contenido del pensamiento, que consiste en contenidos ideativos fijos y reiterativos, que el individuo califica como absurdos y que trata de rechazar, pero que se le imponen por su gran fuerza afectiva.

El acto compulsivo corresponde a un ritual repetitivo y molesto que el individuo tiene que llevar a cabo, so pena de ser invadido por una gran angustia. La idea obsesiva constituye, para Freud⁴¹, el retorno disfrazado de un acto de fantasía sexual infantil, llevado a cabo en forma agresiva.

El acto compulsivo vendría a ser una especie de segunda línea defensiva que adopta el yo para calmar la ansiedad frente al fracaso relativo de la idea obsesiva (primera línea de defensa), para mantener a raya los impulsos que reviven, con la subsiguiente ansiedad.

Los sucesos que dan origen⁴² a la neurosis obsesiva y al carácter en

el que se estructura, se desarrollan en un primer periodo relativamente libre de moralidad. En una segunda etapa, el recuerdo de los actos placenteros se enlaza a reproches, y se reprimen y se sustituyen por un síntoma, tal como vergüenza, escrúpulos, desconfianza, que inician un tercer periodo que corresponde a la defensa exitosa (éste es el único ejemplo que Freud expone de una represión que, al menos temporalmente, es totalmente exitosa). Eventualmente, la represión fracasa y surgen, en forma franca, los recuerdos y fantasías desencadenados por algún suceso actual.

Desde el punto de vista estructural⁴³, la enfermedad obsesiva corresponde a reproches que el superyó hace al yo, pero sin que estos se incorporen verdaderamente a la estructura yoica; de allí el rechazo. Esta situación contrasta con lo que sucede en la melancolía, en la que los reproches superyoicos se dirigen hacia un objeto introyectado del yo; de allí su aceptación.

El carácter obsesivo es, a menudo, particularmente rígido, al punto de constituir una verdadera coraza caracterial. Se distingue por:

1. Parsimonia.

2. Necesidad de control que se convierte en la razón de ser de la vida del paciente y que se entrelaza con la adquisición en términos de desarrollo y relaciones sociales, del dominio de los esfínteres. Así, pues, el obsesivo tiene que zonificar su vida en áreas pequeñas y compartimentalizadas que pueda manejar con facilidad relativa, sin exponerse a la pérdida del control. Esto limita su vida y sus potencialidades creativas.

3. La meticulosidad, el orden preciso para cada una de sus actividades también se relacionan con el estricto control.

4. El obsesivo tiende a oscilar entre extremos de despilfarro y de tacañería, con marcado predominio de ésta última.

5. La pulcritud excesiva traiciona, sin embargo, su carácter de formación por lo contrario; en medio de la limpieza casi elegante, la persona puede descuidar una prenda íntima, que se transforma en el representante condensado del instinto anal prohibido.

6. Oscilaciones entre el sadismo (ligado en su origen a la musculatura estriada y al dominio esfinteriano) y la sumisión exagerada.

7. Coleccionismo que, entre otras, tiene la connotación de pruebas de inocencia frente a los reproches y acusaciones del superyó. Se liga también al deseo de poseer que, a su vez, se entreteje con el de dominar.

8. El campo de batalla en el cual se debaten los conflictos del obsesivo es el pensamiento, muy frecuentemente asociado a la duda, reflejo de una intensa ambivalencia. En muchas ocasiones, el pensamiento se refiere a temas pseudometafísicos nebulosos y acompañados de dudas dolorosas (rumiación).

9. La moral del obsesivo es frecuentemente genuina e insobornable; sucede, empero, que en numerosas ocasiones es demasiado rígida y asfixiante para el paciente y para quienes lo rodean, bajo la égida de un superyó implacable, que no hace la menor concesión.

10. El yo del obsesivo tiene su punto de fijación en la etapa fálico-edípica. La libido, sin embargo, hace una regresión a la etapa anal. Esto determina una modalidad funcional escindida por medio de la cual emana un yo precozmente desarrollado frente a una instintividad regresiva, lo cual se refleja en los mecanismos de intelectualización-racionalización, y en el hecho de que el obsesivo elabore su mundo a través del pensamiento. Además de la regresión y la formación reactiva, las modalidades defensivas tienen que ver con la separación de la idea y el afecto (aislamiento) y la anulación.

La neurosis fóbica o histeria de angustia

Las fobias constituyen una serie de temores vividos como irracionales por quien las padece, que producen ansiedad y, en algunos casos, limitan severamente la vida de la persona afectada.

Los síntomas fóbico e histérico tienen el mismo origen genético, y ambos se relacionan con el manejo de la situación edípica. Pero en tanto que el síntoma histérico es, como se vio, relativamente estable y detiene temporalmente el conflicto a costa de la disociación de una parte del yo,

el síntoma fóbico es, por su misma esencia, en extremo móvil y tiende a multiplicarse. La estructura fóbica, como todas las estructuras neuróticas, es relativamente ineficiente para controlar la ansiedad, de allí la necesidad de autoalimentarse y reforzarse continuamente.

En la niñez la solución fóbica es usual y no patológica dado que es más plausible para el niño manejar los intensos sentimientos encontrados al externalizarlos en objetos o situaciones que le provocan menos desgarró emocional. A medida que el yo evoluciona puede reincorporar estos sentimientos contradictorios puestos en el afuera, tratar de integrarlos y buscar soluciones más efectivas. Por supuesto, muchas personas logran esta integración tan sólo en forma muy parcial. El componente patológico está dado por la persistencia, la cantidad y la intensidad de los contenidos fóbicos y por la severidad de las restricciones que se impone.

Janet, citado por Ey⁴⁴, agrupó las fobias, lo obsesivo compulsivo y algunos casos de disociación histérica, bajo el rubro de psicastenia para hacer hincapié en el constante interjuego de los productos patológicos.

Fenichel⁴⁵ considera que el término "carácter fóbico" sería la designación correcta para personas cuyo comportamiento reactivo se limita a evitar las situaciones originalmente deseadas y particularmente los afectos intensos. Conviene aquí distinguir el concepto de "inhibición", del de "síntoma"⁴⁶: la inhibición no siempre tiene una implicación patológica; puede corresponder a una restricción normal de una función; y se refiere a la disminución simple de una función, en tanto que el síntoma implica un cambio no usual o un fenómeno nuevo que se origina en él. El polo positivo del proceso patológico es el síntoma, en tanto que el negativo corresponde a la inhibición. Por otra parte, el síntoma describe un proceso que no ocurre solamente dentro del yo ni actúa sólo sobre él.

Las inhibiciones son limitaciones de las funciones del yo, impuestas como medidas de precaución o resultado de un empobrecimiento de la energía psíquica.

La estructura de personalidad fóbica se caracteriza por:

1. Estado continuo de alerta debido a la ansiedad continua.
2. Pasividad-dependencia.
3. Sensación continua de que, de una manera o de otra, la vida

debe a la persona algo que tarde o temprano habrá de proporcionarle.

4. Como dice Ey⁴⁷, se caracteriza por una actitud pasiva que conduce a posiciones de inhibición o su contrario, el comportamiento de desafío, que se expresa en lo que llama la "huida hacia adelante".

5. El fóbico, a no ser que su fobia específica se relacione con las gentes, tiende a aliviarse si hay junto a él un "compañero" que hace las veces de un superyó auxiliar, protector frente a las tentaciones y a los tímidos impulsos instintivos.

6. Clásicamente, el punto de fijación de la fobia está ubicado en la etapa fálico-edípica; sin embargo, algunos autores llaman la atención sobre los rasgos marcadamente orales presentes en la personalidad y en el cuadro clínico.

Las defensas básicas son el desplazamiento que determina la movilidad y la alternancia de las fobias y la evitación que constituye su objetivo.

NOTAS

1. S. Freud, "El yo y el ello".
2. Groddeck, *El libro del ello*.
3. E. Jones, "Psychoanalysis and the Instincts", en *Papers on Psychoanalysis*.
4. E. Jones, "Los instintos en vida y obra de Freud".
5. Ch. Brenner, *Elementos fundamentales de psicoanálisis*.
6. E. Jones, "Psychoanalysis and the Instincts", en *Papers on Psychoanalysis*.
7. R. Sterba, *La teoría psicoanalítica de la libido*.
8. S. Freud, "Los destinos de los instintos".
9. Conviene recordar que los llamados pares antitéticos sadismo-masochismo, amor-odio, corresponden a afectos, a pulsiones instintivas o a contenidos ideativos que existen uno en función del otro, de forma que nunca pueden estudiarse en forma disociada. Si lo manifiesto es, por ejemplo, el sadismo, el masochismo se encuentra latente y reprimido. El amor y el odio se hallan siempre en diferentes grados de fusión. No existen en forma químicamente pura, al igual que el blanco y el negro no se encuentran en la naturaleza: lo

que observamos corresponde a diferentes tonalidades de combinaciones y mezclas. El exhibicionista desea latentemente observar; el torturador necesita ser torturado y en cierto sentido tortura una parte, una proyección de sí mismo. En *Muertos sin sepultura*, de Jean Paul Sartre, se produce el siguiente diálogo entre Clochet, el torturador, y Sorbier, uno de los *maquis* presos:

"Clochet: Tienes miedo; lo leo en tus ojos. Muéstrame tus ojos, tus grandes ojos fijos.

"Sorbier: Los tuyos serán como los míos cuando seas colgado... como los míos; somos hermanos. Te atraigo, ¿no es cierto? No es a mí a quien torturas; es a ti mismo."

10. S. Freud, "El yo y el ello".
11. S. Brainsky, "Sobre el papel de la psiquiatría en los programas de educación sexual".
12. S. Freud, "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica".
13. S. Freud, "Análisis terminable o interminable".
14. El concepto de lo sexual no debe confundirse en manera alguna con la genitalidad adulta que constituye apenas la expresión de su culminación en el adulto. Lo sexual, en el sentido psicoanalítico, se refiere al conjunto de tendencias pulsionales cuya dirección es la búsqueda del placer-descarga. En este sentido, fenómenos tales como las sensaciones cutáneas del niño, la lactancia o la excreción-retención de excrementos, son considerados como fenómenos instintivo-sexuales. Se plantea a menudo por qué Freud no eliminó o atenuó con eufemismos esta palabra, cuya mala comprensión causara tantas dificultades a Freud y aun a la divulgación de la teoría. La respuesta debe buscarse en la inquebrantable rectitud científica de Freud y en su profunda convicción de que el término "sexual" colocaba en un primer gran plano la naturaleza fundamentalmente biológica del ser humano y la relación inextricable que existe entre las manifestaciones psíquicas y la base somática del hombre. Asimismo el fenómeno vital se moviliza en gran parte por su inescapable base erótica.
15. S. Freud, "La neurastenia y la neurosis de angustia".
16. S. Freud, "La histeria".
17. L. Eidelberg, *Encyclopedia of Psychoanalysis*.
18. S. Freud, "El fetichismo".
19. S. Freud, "La neurastenia y la neurosis de angustia".
20. P. J. Fink, "Correlations Between 'Actual Neurosis' and the Work of Masters and Johnson".
21. P. Pichot, *Etudes sur l'Hystérie*.
22. L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*.
23. P. Pichot, *Etudes sur l'Hystérie*.
24. S. Freud, "La neurastenia y la neurosis de angustia".
25. S. Ferenczi, *Sex in Psychoanalysis*.

26. S. Freud, "Introducción al narcisismo".
27. P. Ireland y cols., "The Munchausen Syndrome".
28. Conviene aclarar que en todas las enfermedades predominantemente orgánicas se produce una sobrevaloración del órgano o sistema de órganos, o de la estructura anatómica alterada. En este aspecto, podría decirse que, en mayor o menor grado, el enfermo trata su enfermedad de manera similar a como lo hace el hipocondríaco.
29. V. Tausk, "Sobre los orígenes del aparato de influencia en la esquizofrenia".
30. S. Freud, "Contribuciones a una discusión sobre la masturbación".
31. S. Brainsky, "Aspectos médico-psicológicos de la personalidad y manejo de pacientes con cáncer del seno (VI)".
32. S. Freud, "Inhibición, síntoma y angustia".
33. Rangel y Stone, "Del *Insight* al cambio".
34. S. Freud, "Introducción al narcisismo".
35. S. Freud, "Las neurosis de defensa" (manuscrito K).
36. Freud nunca explicitó en las clasificaciones nosológicas el término histeria de disociación, a pesar de utilizar continuamente el concepto. Sin embargo, el concepto de *disociación del yo* psicoanalítico es diferente al expuesto por Janet, que hace referencia a un "aflojamiento" de la llamada "tensión intrapsíquica".
37. F. Alexander, *Psychosomatic Medicine*.
38. En este aspecto, la génesis de la enfermedad psicofisiológica y la de la psicosis es contemporánea. Se solía decir que la psicosis y la enfermedad psicofisiológica representaban vías alternas a una problemática paralela en el tiempo, a tal punto que se consideraba que el esquizofrénico no enfermaba psicofisiológicamente y que la enfermedad psicósomática constituía una especie de protección contra la psicosis. Este concepto se ha revaluado, pero la incidencia de enfermedades psicósomáticas es bastante menor en grupos psicóticos que en la población general. Asimismo, se observan en las remisiones psicóticas apariciones frecuentes de síntomas psicofisiológicos, tales como inflamaciones duodenales o neurodermatitis.
39. L. Eidelberg, *op. cit.*
40. W. Reich, *Análisis del carácter*.
41. S. Freud, "Las neuropsicosis de defensa".
42. S. Freud, "Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa".
43. S. Freud, "El yo y el ello".
44. H. Ey, *Tratado de psiquiatría*.
45. O. Fenichel, *The Psychoanalytic theory of Neurosis*.
46. S. Freud, "Inhibición, síntoma y angustia".
47. H. Ey, *Tratado de psiquiatría*.

5. LA SEGUNDA TEORÍA INSTINTIVA

Y aun más profundo es el significado de la historia de Narciso, quien, al no poder atrapar la imagen suave y atormentadora que veía en la fuente, se arrojó a ésta y se ahogó. Pero a través de esa misma imagen nos vemos en todos los ríos y todos los océanos. Es la imagen del inalcanzable fantasma de la vida; y ésta es la llave de todo.

Herman Melville, *Moby Dick*

Postulación

Paulatinamente, a través de la clínica, Freud¹ se da cuenta de que la contraposición entre instintos sexuales e instintos del yo de autopreservación no es siempre tan tajante, en la medida en que lo libidinal es, a veces, el motor de la autopreservación y que, a su vez, lo nutricional, contemplado en los instintos del yo, influye positivamente lo sexual. Así, el placer que experimenta el bebé al lactar va a la par con la nutrición; o, bien, el coito sexual genital que constituye la descarga placentera más lograda, supone, en tanto que se relaciona con la procreación, la supervivencia de la especie, objetivo final de los instintos del yo.

Libido narcisística y libido objetal

Freud postula, entonces, la segunda teoría, que no reemplaza la primera, y en ella expone una sola energía, la libido, que comprende el interés, la agresividad secundaria, la sexualidad, etc., y las variantes están dadas por su distribución económica. Parte de la energía psicológica (libido) se centra en el propio yo —libido narcisística— y parte se distribuye en los objetos del mundo externo y en sus representantes

dentro de la personalidad misma (representaciones internas de los objetos) —libido objetal.

En otras palabras, hay una determinada cantidad de energía sexual, de cariño, de rabia, de aprensión que se centra en el sí mismo y otra que se reparte en el mundo y sus representantes internos.

Concepto de narcisismo

La catexis sería, inicialmente, sólo del yo; el yo se ofrece al ello como objeto de amor; esto constituye el *narcisismo primario* y, poco a poco, se van cargando los objetos. Ahora, si se considera que hay relaciones objetales desde el comienzo de la vida, se presupondría que hay una diferencia *cualitativa* entre la libido del yo y la de los objetos, vale decir, dos energías. Para Freud, empero, existe una fase inicial sin objetos: anobjetal y, por lo tanto, una sola energía. Las diferencias resultantes en la estructura de personalidad, en la forma de sentir y en los síntomas serían el resultado de la distribución económica del reservorio libidinal.

Hay oposición, y la antítesis está planteada entre el desarrollo libidinal del yo y el de los objetos.

En un extremo de la gama está el enamoramiento apasionado en el que toda la libido se proyecta en el objeto, hasta el punto de la pérdida de fronteras y la despersonalización. En el otro, la esquizofrenia, en la cual la libido se retira masivamente de los objetos internos y externos, para centrarse en el yo.

Algunos psicoanalistas contemporáneos, entre ellos Kohut², consideran la posibilidad de desarrollos paralelos, más que antitéticos: el cuidado por el objeto y la descarga narcisística pueden coexistir y la patología de la contraposición no está dada por el hecho de que el paciente dé mucho de sí mismo, sino porque llena su mundo de proyecciones que tienen que ser idénticas a sí mismas. El paciente neurótico y aun más el psicótico hacen de su mundo un espejo simétrico del cual esperan una respuesta en un todo igual a lo que ha depositado. Así, el paciente busca en su novia, en sus amigos, en su trabajo, una réplica exacta de lo proyectado. No reconoce la existencia del otro como un ser independiente; el otro existe apenas como un reflejo de las propias necesidades insatisfechas. Al producirse el inevitable fracaso de una expectativa idealizada, se da una profunda frustración que pone en marcha el proceso que Freud, siguiendo a Jung³, denomina *involución de la libido*. Esta involución se presenta en momentos específicos de la

vida del ser humano corriente (tales como el sueño, la creación artística), y en la neurosis o la psicosis. En éstas últimas, y como se verá, el interjuego entre la retirada de la libido y los intentos de restitución presenta diferencias cualitativas.

La persona capaz de dar mucho de sí misma, sin excesiva proyección ni altruismo defensivo, recibe en tanto que da, y el hecho mismo de dar puede constituir un placer narcisístico sin vulnerar la relación interpersonal.

Al principio la energía sexual y la del yo permanecen juntas. El niño lacta porque tiene hambre y por el placer de mamar; luego se separan las vicisitudes de los instintos del yo de las de los sexuales, que inicialmente son autoeróticos, puesto que no existe una organización yoica; posteriormente se dirigen a un objeto, en este caso, el propio cuerpo.

La libido, en el contexto de la segunda teoría, puede ser manejada dentro del yo sólo hasta un determinado punto y en una cierta cantidad, más allá de los cuales sale, por así decirlo, a la búsqueda de los objetos y del mundo externo. El hombre enferma también por no poder compartir, por no poder amar, por la excesiva concentración de la libido en el yo. En el verdadero amor se fusionan la libido objetal y la narcisística. Por otra parte, el narcisismo es la fuente de la propia autoestima y de la creatividad y su disminución exagerada lleva a una sensación de empobrecimiento del yo y a la coartación de la capacidad de crear.

Se critica a veces el psicoanálisis porque se considera que conduce al paciente, en terapia, hacia el egoísmo, cuyo complemento libidinal es el narcisismo; hacia la falta de cuidado por los demás. Pero si bien esta crítica puede tener elementos válidos en la medida en que se ubique el psicoanálisis en el contexto global positivista de la ciencia del siglo XIX, desprovista de moral y engañosamente neutra, la finalidad del psicoanálisis es justamente lograr una diferenciación con el objeto, con la consiguiente preocupación por éste; preocupación que debe, idealmente, corresponder a una decisión consciente, motivada y no necesariamente opuesta a la satisfacción instintiva erótica.

La elección narcisística del objeto (elección en espejo), implica el peligro de que igual a como el yo encauza la libido, también dirige hacia sí mismo el monto concomitante de agresividad. El homosexual elige narcisísticamente, porque en su concepción no se contempla el poder amar a alguien distinto a sí mismo. El esquizofrénico centra en sí mismo el mundo circundante y puede construir sobre esta base un delirio de grandeza; empero, tras este delirio se agazapa la agresión. Si él es tan

importante, ¿cómo es posible no ser envidiado y, por lo tanto, perseguido? O a la inversa: tras el delirio de persecución yace latente la megalomanía; el encontrarse perseguido por el entorno trae consigo la sensación de que de alguna manera debe ser una persona en extremo grandiosa e importante, con lo cual intenta, en vano, compensar su propia e irremediable soledad.

Segunda clasificación de las neurosis

De la segunda teoría intuitiva surge una nueva clasificación, que incluye la psicosis, cuyo origen está en la exploración del narcisismo:

1. *Las neurosis de transferencia.* Corresponden a las de defensa, o sea, la histeria de conversión, la neurosis obsesiva y la histeria de angustia (neurosis fóbica).
2. *Las neurosis narcisísticas.* Su característica común es el reemplazo masivo de la relación objetal por identificaciones. Aunque Freud considera que el fenómeno se da en la melancolía⁴ y en la paranoia⁵, para todos los fines prácticos delimita su uso a la esquizofrenia, entidad para la cual intentó, sin éxito, promover la designación de *parafrenia*.

La esquizofrenia

La concepción de la enfermedad refleja muchos de los dilemas que confronta la medicina psicológica. Una primera posición ubica el cuadro clínico en el contexto de un marco de referencia sumamente estricto: la esquizofrenia corresponde a un conjunto⁶ de síntomas y de signos específicos, con un decurso determinado y un pronóstico preciso, generalmente muy sombrío. Una segunda categoría de trabajo considera la esquizofrenia como un síndrome, es decir, como un grupo de cuadros clínicos mucho más amplio, en el que cabe toda una gama de manifestaciones clínicas y cuyo devenir clínico puede ser variado.

Si la primera concepción corre el riesgo de volverse demasiado rígida, la segunda acarrea el peligro de tornarse vaga, al punto de la nebulosidad, y de perder cualquier especificidad clínica.

Vale la pena anotar que existe aun una tercera posición que se relaciona con las hipótesis de trabajo corrientemente agrupadas bajo la denominación de "antipsiquiatría". Los autores que se matriculan en

esta corriente de pensamiento, como Laing⁷, Cooper⁸, Szaz⁹, parten de la base, muy real, del cruel tratamiento infligido por la sociedad a los enfermos mentales, para desembocar en la noción extremadamente audaz de que la enfermedad psicótica esquizofrénica no existe como tal, y de que el paciente es el "chivo expiatorio", no tan sólo ya de la patología familiar, sino que se convierte en la "cabeza de turco" de la patología social, que no permite que un ser humano piense o actúe más allá de los estrechos límites impuestos por las agencias de represión social. Parecería como si los antipsiquiatras no hubieran encontrado una síntesis funcional, aunque plantean una antítesis interesante a las tesis de la psiquiatría clásica, y a su cortejo de opresiones hacia el enfermo.

El concepto de la enfermedad fue sistematizado primeramente por Kraepelin, quien la llamó *dementia praecox* sobre la base de un pronóstico errado y fatalista que permea todavía la actitud global de la sociedad y de su medicina frente al enfermo mental.

Bleuler¹⁰, psiquiatra y psicoanalista suizo, modificó en algo esta acepción y se dio cuenta de que la esencia de la enfermedad está en la ruptura de las funciones de la mente. De allí que la denominara *esquizofrenia* (*schizin* = división, escisión; *phrenos* = mente).

Bleuler clasifica los síntomas y signos de la enfermedad en dos categorías: los primarios, que se encuentran siempre y cuya presencia es patognomónica de la entidad. Incluyen:

1. *Autismo*. Constituye una forma específica de retraerse, de alejarse del mundo, de poner en marcha los procesos de involución; el concepto se refiere también a una modalidad de construcción de pensamiento que presenta semejanzas formales con la que se encuentra en el juego de los niños, en los sueños, en la creación artística o en los pueblos primitivos, pero su expresión más característica y patológica se halla en la esquizofrenia. Se distingue por el predominio totalizante del componente subjetivo (proceso primario). Es un pensamiento en el cual se pierde la distancia entre el deseo, el temor y la acción; desaparece el "como si". Por ejemplo, una persona corriente o un neurótico pueden sentir frente a una situación traumática como si el mundo se acabara para ellos; para el esquizofrénico, el temor de que el mundo desaparezca significa que el mundo se está, efectivamente, destruyendo aquí y ahora y que él es responsable de la hecatombe. En este tipo de pensamiento, la simbolización se pierde, o los símbolos habituales son reemplazados por otros muy arcaicos y

altamente individuales, que se conocen con el nombre de paleosímbolos¹¹. El autismo incluye modalidades primitivas del pensar, tales como la identificación por atributos (ley de Von Domarus); el paciente establece identidades absolutas entre dos médicos, sobre la base de que ambos portan blusa blanca. El ser humano encuentra un mundo a través del animismo, es decir, mediante el dotar de características vitales a lo inanimado. En el esquizofrénico, en quien se produce una regresión onto y filogenética, el proceso se repite: atribuye vida y se relaciona con mesas, casas, sillas, que se convierten en reemplazos espúreos de las relaciones interpersonales.

Si se observa con cuidado la silla de Van Gogh, como lo anota Shapiro¹², más que una naturaleza muerta, evoca a los seres humanos, y concretamente a su padre recién muerto. "La posición oblicua de la silla le libera de lo que la rodea y sugiere la libertad del ser humano en un mundo rígidamente geométrico." La silla se ha convertido en persona. El pensamiento teleológico, componente básico del autismo, es fiel reflejo del narcisismo que ha invadido al paciente. Todo tiene una relación directa con él mismo, es habitante de un mundo en el que ha desaparecido el azar. La radio, la televisión, los periódicos hacen todos referencias directas a él y lo acusan de crímenes jamás cometidos, o de tendencias apenas fantaseadas. Por medio del sincretismo, el paciente construye conjuntos con elementos no agrupables.

2. *Ambivalencia*. El segundo síntoma primario que, en el esquizofrénico, corresponde, por la invasión del proceso primario, a la destrucción de la contradicción lógica (ver p. 50).

3. *Trastornos en el curso del pensamiento* (disgregación, incoherencia). Constituyen el tercero de los síntomas primarios, y son un reflejo de la destrucción de la capacidad lógica para pasar de una idea a otra.

4. *Trastornos generales de la afectividad* (con énfasis en el erróneamente llamado "afecto plano"; la disociación entre ideas y afectos; la anhedonia, etc.).

Bleuler denominó "síntomas secundarios" a aquéllos que no

siempre se encuentran y, en caso de hallarse presentes, no son necesariamente característicos de la enfermedad. Incluyó las ideas delirantes (falsas, no modificables por la razón y medulares en la vida del individuo); las alucinaciones (percepciones sin objeto, no cambiables por la crítica lógica); los neologismos (corresponden al hecho de que la vivencia del esquizofrénico se relaciona con eventos acaecidos en la muy temprana niñez, antes de que el lenguaje haya adquirido su significado de comunicación social global y, por lo tanto, no puede expresar lo que siente en el idioma corriente); las estereotipias y manierismos, la agresividad, etc.

Ideas de Freud sobre la esquizofrenia

El sistema de Freud gira alrededor de la ansiedad producida por las demandas encontradas de las diversas agencias de la personalidad. El manejo distorsionado de la angustia es, pues, uno de los ejes centrales en el conflicto y en la patología esquizofrénica, al igual que en la de las neurosis, sobre la base de la serie complementaria equipo genético-ambiente social. En tanto que "el neurótico no niega la realidad sino que trata de ignorarla, el psicótico la niega y la reemplaza por una realidad nueva, producto de sus propias proyecciones"^{13 14}.

El esquizofrénico convierte sus propios contenidos internos en externos¹⁵ y efectúa así un intento de huida, que constituye la esencia de la proyección masiva a través de la cual se produce la entrega de la autonomía psíquica a expensas de la negación de la realidad. Para Freud, la problemática esquizofrénica se plantea como una confrontación entre el ego y el mundo externo. El paciente no resiste las frustraciones del mundo externo y, por lo tanto, lo desaparece, por así decirlo, y así vivencia una regresión a partir de las personas y situaciones hacia el interior de sí mismo. Así, por ejemplo, las leyes del pensamiento reemplazan a las de la naturaleza o la relación del yo y los objetos se invierte: un paciente puede sentir que no es él quien escucha la radio u observa un televisor; son los artefactos los que lo oyen y miran. Por supuesto, el intento de reconstruir por medio de la regresión el mundo autista y grandioso de la propia niñez, no puede ser exitoso, dado que todo está teñido por las propias experiencias vivenciadas a lo largo de la existencia¹⁶.

Los sueños y la psicosis presentan, como es evidente, muy marcadas similitudes. El significado arcaico, la realización de deseos, la predominancia del proceso primario y del simbolismo primitivo, encuen-

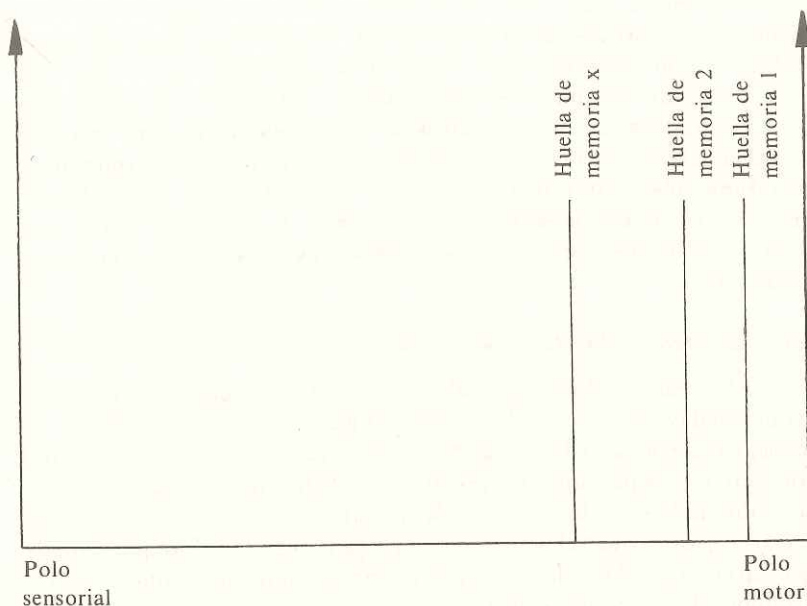


Gráfico 7: Esquema del aparato psíquico

tran su contraparte en los síntomas esquizofrénicos. Hay, empero, una diferencia fundamental.

Se puede concebir el aparato psíquico como una estructura funcional, cuyo objetivo central es *la descarga de los estímulos*. Está formado por un polo sensorial (aferente) que percibe los estímulos, y un polo motor (eferente) cuya tarea es descargarlos (ver gráfico 7).

Entre los dos extremos hay huellas de memoria (mnémicas). Tanto en el sueño como en la esquizofrenia se produce una regresión alucinatoria hacia el extremo sensorial *pero en tanto que en el sueño el polo motor está cerrado, en la esquizofrenia permanece abierto con el consiguiente acceso a la motilidad*. El efecto clínico es como si el paciente esquizofrénico estuviese viviendo una continua realidad onírica, pero en una vigilia cuyos límites se hacen más borrosos mientras mayor sea el grado de regresión.

La represión marca la diferenciación entre los sistemas (consciente-

preconsciente e inconsciente). En la neurosis la represión puede llegar a ser aplastante, entorpecer el contacto entre las agencias y sofocar la capacidad del individuo para fantasear o crear. En la esquizofrenia, la represión se destruye y la personalidad es invadida y fracturada por el inconsciente y comienza a ser dirigida, en una forma confusa y caótica en apariencia, por el proceso primario. Se pierden así, las fronteras entre los sistemas.

Freud¹⁷ considera dos etapas en la gestación y en la evolución de la enfermedad. La primera se instala en forma paulatina e insidiosa, suele pasar desapercibida y consiste en un proceso de retirada gradual de las catexias de los objetos externos y de representaciones internas en el yo mismo; esta fase corresponde a la instalación del narcisismo.

Ahora bien, esta retirada tiene características diferentes en la neurosis y en la esquizofrenia. En la primera, la persona afectada retira el amor, el odio, el interés, la libido, en fin, las catexias de los objetos en el sistema preconsciente-consciente; pero las mantiene en lo que Freud denomina "la cosa", es decir, en la representación inconsciente. Así pierde la relación pero se mantiene disponible para volverse a relacionar. La paciente histérica que pelea con su novio rompe con él pero conserva la capacidad de relacionarse, así sea en forma idealizada con un galán nuevo.

El esquizofrénico, por otra parte, retira las cargas no tan sólo a nivel preconsciente-consciente, sino también esencialmente decatectiza "la cosa", la representación inconsciente; de esta forma, su mundo interno se transforma en un gran desierto. El esquizofrénico no ha perdido únicamente las personas; pierde también en este primer estadio su capacidad potencial de establecer relaciones, o aun de concebirlas.

No sólo desaparecen de su mapa interior su madre, su novia, sus amigos o sus actividades, que se han convertido en partes de sí mismo (las relaciones objetales han sido reemplazadas por identificaciones), sino que la concepción misma de la madre, verbigracia, no existe ya.

En la segunda etapa, el esquizofrénico hace un intento de autocuración. Trata de recuperar a los suyos, recuperarse y reconstruir su mundo. Para ello, intenta devolver las cargas a los objetos, en un proceso estrepitoso, llamativo, donde aparecen, en un primer plano, las alucinaciones, las ideas delirantes, la agresividad, las estereotipias, etc. (síntomas secundarios de Bleuler¹⁸) y que a menudo se confunden con la enfermedad misma, en lugar de ser vistos como esfuerzos de restitución. Fracasa.

Para explicarse este fracaso es necesario recordar que un objeto está constituido por:

1. La cosa (representación inconsciente).
2. La palabra que la designa, o sea, el símbolo preconscious.
3. El afecto y la energía que le corresponden.

En su empeño de restituir las cargas a los objetos, el paciente logra apenas recatectizar la palabra; no obtiene la restitución a nivel de la esencia misma de los objetos perdidos, es decir, la cosa.

Queda, en cuanto esquizofrénico (puesto que el ser humano es siempre más amplio y rico que la enfermedad que padece), en un universo en donde existen en forma confusa y fragmentaria relaciones con cascarones desprovistos de un real contenido afectivo, como una especie de astronauta perdido en el espacio sideral, sin poder encontrar el camino de retorno a su nave. Esta incapacidad de recapturar la esencia afectiva de las relaciones interpersonales, se plasma con toda claridad en síntomas tales como la disociación ideoafectiva, o en la fragilidad de la interacción con un terapeuta.

Para Freud, se produce, en la esquizofrenia, la regresión a una fase autoerótica, anobjetal (sin objetos) del desarrollo psicosexual; habría una confusión, una fusión y una falta de discriminación con el mundo. El mundo y la unidad biopsicológica primitiva son una misma y única cosa.

En la paranoia (delirio sistematizado, único, sin actividad alucinatoria), la regresión se produce a una fase narcisística, en la que hay un objeto, pero éste es el propio cuerpo. El tipo de regresión que contempla Freud para el esquizofrénico determina, en gran parte, su actitud consistentemente pesimista, en lo que concierne a las posibilidades del tratamiento psicoanalítico del esquizofrénico.

La esquizofrenia se estructura sobre un tipo de personalidad que, en rigor, no puede ser considerada patológica en sí misma, pero que sí presenta características de especial fragilidad, entre las cuales se destacan la introversión; una relativa pobreza libidinal en lo que concierne a las relaciones objetales que se traduce en una intensa timidez; cierta rigidez frente a las situaciones vitales; una gran sensibilidad que, a veces, determina un gran temor al contacto, lo cual impulsa a este tipo de persona a buscar refugio dentro de sí misma; habitualmente tiene un contacto profundo con su propia fantasía que, a veces, permite expresiones estéticas de extremada delicadeza. Sin embargo, su dificultad

básica reside en la necesidad marcada de compartir y en la enorme problemática para hacerlo.

Laura, la protagonista de *Zoológico de cristal*, de Tennessee Williams, personaje basado en la hermana esquizofrénica del autor, constituye un acabado ejemplo de esta estructura fina y endeble.

La personalidad esquizoide no pierde la prueba de realidad (discriminación entre estímulos internos y externos) hasta que, derrotada por su propia soledad y sensación de fracaso, las frustraciones la invaden y rompen el contacto. Ciertas subvariedades de este tipo de personalidad carecen de la concha protectora que típicamente contrapone el esquizoide frente al mundo. Arieti¹⁹ describe, en este aspecto, lo que denomina "personalidad tormentosa", que se da en adultos jóvenes que buscan desesperadamente las relaciones interpersonales, a menudo, por medio de alcoholismo, adicciones y que inevitablemente fracasan una y otra vez.

La personalidad esquizoide presenta algunos puntos de contacto con la personalidad paranoide, que se distingue por suspicacia, celos y tendencia a las proyecciones. Contrasta, en cambio, con la personalidad que precede a la psicosis maniaco-depresiva, cuyos rasgos característicos son la ciclotimia (oscilaciones entre la euforia y la depresión, la extroversión, la tendencia al conformismo y una muy buena capacidad ejecutiva frente a un potencial de fantasía no particularmente rico).

Algunas consideraciones en relación con la psicosis maniaco-depresiva

Como ya se mencionó, Freud incluye la psicosis maniaco-depresiva entre las neurosis narcisísticas^{20 21}. En la PMD, el trastorno central gira alrededor de la afectividad y sus bruscas oscilaciones. La tríada sintomática básica involucra el afecto (melancólico en la depresión y eufórico en la manía), el pensamiento (caracterizado por bradipsiquia en la depresión y fuga de ideas en la manía), y la actividad motora (disminuida o aumentada). La manía es una especie de defensa contra la depresión y, a su vez, tanto la manía como la depresión aparecen como estructuras defensivas destinadas a impedir las emociones más profundas de alegría o tristeza verdaderas²².

Desde el punto de vista estructural, en la melancolía se produce una invasión del superyó al yo. El superyó reprocha al yo identificado con el objeto perdido interna o externamente, o mejor, siempre interna o externamente. "La sombra del objeto cae sobre el yo."²³ A diferencia

de lo que sucede con las ideas obsesivas, en las que el yo rechaza, por decirlo así, la crítica superyoica, en la melancolía el yo las acepta por su identificación.

Freud destaca las características diferenciales entre el duelo normal (luto) y la melancolía. Cabe aclarar que los procesos no están, sin embargo, tajantemente diferenciados; elementos del duelo permean lo melancólico y, a su vez, el inevitable y a la larga sano proceso del duelo se ve invadido por no pocos elementos presentes en la depresión patológica.

— En el duelo, la pérdida es sobre todo externa, en tanto que en la melancolía es predominantemente interna. En el duelo, el dolor es principalmente por el objeto, mientras que en la melancolía se relaciona sobre todo con el yo.

— En el duelo, se hace un “trabajo de duelo” en gran parte consciente y económicamente regulado: el yo hipercatectiza muchas de las situaciones vividas con el objeto perdido para, paulatinamente, decatectizarlas y convertirlas en recuerdos. En la melancolía, en cambio, el trabajo de elaboración es casi totalmente inconsciente e irrumpe como depresión o la negación de ésta, vale decir, la manía.

— El duelo se refiere a una relación relativamente desprovista de agresión intensa. En la melancolía, la relación con el objeto es sumamente ambivalente y los autorreproches del melancólico, paradójicamente expresados con orgullo, van dirigidos, en realidad, contra el objeto abandonador, con el cual el yo se ha identificado masivamente, conforme a patrones canibalísticos.

— La regresión de la PMD se relaciona con la segunda etapa oral (etapa oral sádica o canibalística), en la que la ambivalencia se debe a que el momento de identificación máxima con el objeto representado por la comida es también el momento en que el niño lo tritura y destroza.

Freud estudia la manía sobre todo desde el punto de vista económico: en esta entidad se produce una especie de fusión entre el yo y el superyó, quedando así libre un gran sobrante de energía que explica, en parte, la aceleración patológica de las funciones de la personalidad.

Abraham²⁴ ubica la frontera entre neurosis y psicosis en el territorio virtual comprendido entre la etapa anal y la segunda etapa oral. El obsesivo, fijado en lo anal, conserva su objeto, mantiene el control, la prueba de realidad; a diferencia del melancólico-maniaco, que al perder el objeto pierde con él sus vínculos con la tierra firme anteriormente proporcionada por el objeto.

Abraham y Freud coinciden en que la predisposición genética es un elemento esencial en el origen de esta entidad patológica. Lo que la psiquiatría clínica macroscópica postula en términos de una predisposición heredada hacia la enfermedad, lo plantea el psicoanálisis como una tendencia heredada y genética hacia el erotismo oral y la fijación de esta etapa basado en un componente de autodestrucción inherente a la esencia humana misma.

NOTAS

1. S. Freud, "Introducción al narcisismo".
2. H. Kohut, *The Analysis of the Self*.
3. C. G. Jung, *Teoría del psicoanálisis*.
4. S. Freud, "La aflicción y melancolía".
5. S. Freud, "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia".
6. H. Ey, *Tratado de psiquiatría*.
7. R. Laing, *The Politics of Experience*.
8. D. Cooper, *Psiquiatría y antipsiquiatría*.
9. T. Szasz, *The Myth of Mental Illness*.
10. E. Bleuler, *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenia*.
11. Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*.
12. M. Shapiro, *Van Gogh. An Abrams Art Book*.
13. S. Freud, "Neurosis y psicosis".
14. S. Freud, "La pérdida de realidad en neurosis y psicosis".
15. S. Freud, "Los instintos y sus destinos".
16. F. Fromm-Reichmann, *Psychotherapy in Schizophrenia*.
17. S. Freud, "Lo inconsciente".
18. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*.
19. Arieti, *Interpretation of Schizophrenia*.
20. S. Freud, "El yo y el ello".
21. S. Freud, "La aflicción y la melancolía".
22. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre la psicoterapia de la depresión".
23. S. Freud, "La aflicción y la melancolía".
24. K. Abraham, *Un breve estudio en la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*.

THE
HISTORY
OF
THE
CITY
OF
NEW
YORK
FROM
1624
TO
1898
BY
JOHN
B. HOGAN
AND
J. M. SMITH
NEW
YORK
1898

THE
HISTORY
OF
THE
CITY
OF
NEW
YORK
FROM
1624
TO
1898
BY
JOHN
B. HOGAN
AND
J. M. SMITH
NEW
YORK
1898

6. LA TERCERA TEORÍA INSTINTIVA

La vida es rara, un arreglo misterioso de lógica implacable para un propósito fútil. Lo más que uno puede esperar es algún conocimiento de uno mismo... He luchado con la muerte. Es la competencia más aburrida que se pueda imaginar. Se lleva a cabo en un gris impalpable, sin nada debajo, nada alrededor, sin espectadores, sin clamores, sin gloria, sin el gran deseo de la victoria y sin el gran temor de la derrota... Si ésta es la última forma de sabiduría, la vida es un enigma mayor de lo que pensamos.

Joseph Conrad, *El corazón de las tinieblas*

Freud¹ plantea la tercera teoría instintiva en un trabajo escrito durante la Gran Guerra (Primera Guerra Mundial), publicado en 1920 y denominado "Más allá del principio del placer". El título apunta a un cuestionamiento sobre el papel del principio del placer como determinante y supremo guardián de todos los fenómenos psíquicos.

Freud llega a la tercera teoría instintiva a través de caminos clínicos y de sendas derivadas de teorías biológicas, que no vacila en llamar "especulaciones".

Caminos biológicos

Aplica las teorías de Darwin en el sentido de que la evolución va de lo inorgánico a lo orgánico; en este aspecto, cada paso evolutivo implicaría para el ser vivo la confrontación, por así llamarla, de dos vías: una hacia adelante, hacia las formas de organización, cada vez más complejas, ricas y contradictorias, y la otra que lo arrastraría hacia el estasis del retorno a lo inorgánico. Existiría, específicamente en el ser humano, lo que se denomina "la nostalgia de lo inorgánico".

Sartre² diferencia entre el “ser para sí”, lleno de contradicciones, determinado a la confrontación con la nada y a la búsqueda de la libertad y el “ser en sí”, que existe sin dilemas desgarradores, en condiciones de una placidez casi estática. Al objetivarse el “para sí” se independiza del “en sí”, y se hace extraño a él. En cierto sentido, podría decirse que envidia su condición inerte pero que, por su propia fluidez y movilidad le es imposible capturarlo. Sartre lo describe así en *La náusea*, por medio de las autorreflexiones de Roquentin:

“... Pero yo hace un rato tuve la experiencia de lo absoluto: lo absoluto, irreductible, nada, ni siquiera un delirio profundo y secreto de la naturaleza podría explicarlo. Evidentemente no lo sabía todo; no había visto desarrollarse el germen ni crecer el árbol. Pero ante aquella gran pata rugosa, ni la ignorancia ni el saber tenían importancia; el mundo de las explicaciones y razones no es el de la existencia... Aquella raíz existía en la medida en que yo no podía explicarla.

”Dudosa, inerte, sin nombre, me fascinaba, me llenaba los ojos, me conducía sin cesar a su propia existencia. Era inútil que me repitiera: ‘es una raíz’. Bien veía que no era posible pasar de su función de raíz, de bomba aspirante a eso...”

Freud tomó las ideas de Weissman en cuanto a que existirían dos tipos de células: vitales comunes y las células germinales.

Las primeras tienen que perecer para que “el plasma germinal inmortal” se transmita y la existencia de la especie se perpetúe. El hombre, como individuo, tiene que perecer para que la especie subsista.

Los caminos clínicos

Parte en primer lugar de la observación ya clásica de un pequeño pariente suyo, un niño de 18 meses, que manejaba el abandono parcial de la madre a través de hacer aparecer y desaparecer repetitivamente un carretel. Al comienzo parecía que el factor predominante tenía que ver con el mecanismo de hacer activamente lo que se ha experimentado pasivamente, vale decir, producir el abandono para no ser su víctima; sin embargo, el juego se repitió aún después de que la madre dejara de salir; el pequeño reproducía la situación de abandono por ser repetitiva, a pesar de lo doloroso, o quizá justamente por esto.

Las neurosis traumáticas (ver p. 44) producidas por accidentes, catástrofes, guerras, etc., se acompañan de sueños reiterativos de un contenido en extremo doloroso y en el cual, durante prolongados períodos de tiempo, vivencia, una y otra vez, la situación traumática recordada.

Es evidente que estos sueños tienen un significado elaborativo, como si el yo, frente a lo súbito de la inundación de estímulos dolorosos, los recreara, para así poder manejarlos en el tiempo y en el espacio interior.

Ahora bien, la pregunta que se hace Freud es por qué el yo escoge medios tan dolorosos para poder elaborar; como si esta repetición incesante de lo displacentero tuviera también un significado que va más allá de lo elaborativo.

Freud³ considera inicialmente la transferencia como una resistencia para el decurso del tratamiento psicoanalítico. Así la define en un momento dado, como "un repetir para no recordar". El paciente neurótico o el psicótico repite las situaciones dolorosas de su propio pasado, congeladas por la fijación, en lugar de recordarlas, pensarlas, sentirlas conscientemente, para, de esta manera, poderlas transformar⁴.

Existen personas cuyo sino parece condenarlas, una y otra vez, a fracasos y desilusiones que sobrepasan al azar. Maestros cuyos discípulos parecen traicionarlos continuamente; estudiantes que no logran culminar sus estudios cuando están a punto de conseguirlo; la novia abandonada varias veces a punto de casarse, o el hombre cuyas amistades siempre terminan en traiciones o la persona que, vez tras vez, en el curso de su vida, ubica a alguien en una posición de gran autoridad pública o privada y después de un cierto intervalo la destruye y la reemplaza por una nueva... "Esta perpetua recurrencia de la misma cosa no nos asombra cuando se relaciona con un comportamiento activo por parte de la persona en cuestión... nos impresionan mucho más los casos en los cuales el sujeto parecería tener una experiencia *pasiva* sobre la que no tiene influencia, pero en la que se encuentra una repetición de la misma fatalidad".

Estos tipos de personalidad se relacionan con las llamadas neurosis de fracaso, neurosis de destino y lo que Freud denomina en su trabajo. "Los seres excepcionales"⁵, los que fracasan al triunfar.

Así pues, la tercera teoría instintiva se conceptualizaría en términos de que la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego. La una llevaría al hombre a la

progresión, hacia adelante, hacia lo complejo, hacia lo más rico y contradictorio. Este conjunto lo agrupa bajo el nombre de "instintos de vida" y "eros", equiparado aquí con libido, su energía. La otra fuerza estaría constituida por un grupo de fuerzas pulsionales que empujan al individuo hacia atrás, hacia la regresión, hacia lo repetitivo, hacia el reposo estático; corresponde a los "instintos de muerte", dotados de su propia energía, el "tánatos".

La vida es, pues, el resultado de la interacción constante entre los impulsos eróticos y los de muerte. Toda irrupción erótica, toda progresión, implica un paso más hacia la ruptura del comportamiento estanco del eterno reposo y, por lo tanto, acerca un escalón más hacia la muerte. He ahí la gran paradoja.

Destinos del instinto de muerte

Se ha visto que el instinto de muerte y el de vida no existen aisladamente sino en diversos grados de conjunción o de separación. A la conjunción se le denomina *fusión*; al paralelismo disociado se le llama *defusión*.

La fusión, el ayuntamiento de los instintos de vida y muerte, supone un predominio del *eros*, en tanto que la defusión, la disociación entre los instintos, implica la supremacía de lo *tanático*-destrutivo.

Los destinos del instinto de muerte son tres:

1. Parte se proyecta como agresión dirigida hacia el mundo externo.
2. Parte va a configurar los núcleos primitivos del superyó.
3. Parte permanece en el yo, donde su acción, sostiene Freud, es muda.

Paula Heimann⁶ no está de acuerdo con esta supuesta mudez del instinto de muerte en el yo y expone sus observaciones psicoanalíticas en relación con psicópatas criminales y guardianes de los campos de concentración nazis. Considera que estos individuos muestran, al matar o torturar, verdaderos orgasmos *tanáticos* como manifestaciones *yoicas*.

Fusión y defusión

Las vicisitudes de los destinos de vida y muerte deben ser com-

prendidas a la luz de los conceptos de fusión y defusión. Así, por ejemplo, el pataleo agresivo o el llanto del recién nacido constituyen una fusión: un intento de sacar al exterior una agresión que de otro modo lo ahogaría. De la misma manera, el esquizofrénico que grita, protesta o produce síntomas, está haciendo un movimiento fusional, a través del cual exterioriza lo que le tortura internamente, por molesto que esto pueda ser para quienes le rodean. Por el contrario, el esquizofrénico silencioso que "se porta bien", que no molesta a sus médicos o a sus familiares, refleja con su silencio la pérdida de toda esperanza, la entrega definitiva. La persona que puede exteriorizar su destructividad probablemente se encuentra en más atolladeros con sus vecinos, pero las posibilidades de que padezca de una afección psicósomática como consecuencia de la hostilidad dirigida contra sí misma son menores que las de aquella que continuamente tiene que sofocar su propia tendencia destructiva. El índice de suicidios en países como Suecia, que no han tenido una tradición bélica reciente, es más alto que el de países más activamente guerreros. Esto no quiere decir, por supuesto, que la agresión ciega y destructiva debe estimularse. Hay que diferenciar entre lo destructivo-tanático y la agresividad al servicio del yo, regida por el principio de displacer-placer-realidad, que permite defenderse de los peligros internos y externos que reafirma la asertividad y que en un momento dado salvaguarda la supervivencia.

Implicaciones de la tercera teoría instintiva

La tercera teoría instintiva es la que mayores reservas y discusiones ha despertado a lo largo de una concepción de por sí polémica.

Por una parte, es una teoría pesimista en lo que concierne a las posibilidades de un futuro utópico en el cual el hombre, a través de cambios sociales, pueda transformarse en un ser pacífico y poco destructor, en lugar del depredador feroz que continúa siendo.

Claro está, que hay sociedades que estimulan lo destructivo en el ser humano, en tanto que otras tienden a favorecer una represión de lo tanático, a favor de la sexualidad madura y de las diferentes modalidades de sublimación. El progreso técnico y los procesos de pensamiento derivados del "siglo de las luces", no han cumplido su promesa en cuanto a la ecuación desarrollo industrial = civilización y paz; por el contrario, los hechos parecen conceder la razón a cualquier predicción pesimista. El problema tiene profundas raíces biológicas. Como lo señala Arthur Koestler⁷, la creatividad y la patología del hombre son dos

caras de la misma moneda, acuñadas en el mismo molde de la evolución.

La debilidad de las fuerzas de inhibición frente al asesinato de los seres de la misma especie es virtualmente única del hombre. El depredador no humano ataca habitualmente a una presa de diferente especie, en tanto que la competencia y el conflicto entre miembros de la misma especie animal se dirimen por combate ritualístico o comportamiento simbólico de amenaza⁸. Koestler llama la atención sobre la hipótesis neurofisiológica derivada de la así llamada teoría de las emociones de Papez y MacLean. Cita a MacLean:

“El hombre se encuentra a sí mismo en el dilema de que la naturaleza lo ha dotado esencialmente con tres cerebros, que a pesar de grandes diferencias estructurales deben funcionar juntos y comunicarse entre sí.

”El más antiguo de estos cerebros es básicamente reptil, el segundo ha sido heredado de los mamíferos inferiores y el tercero es un desarrollo posterior de los mamíferos que ha hecho del hombre característicamente hombre. Al hablar alegóricamente de estos cerebros dentro de un cerebro, podríamos imaginar que cuando el psiquiatra invita a su paciente a reclinarse en el diván, le está pidiendo que se acueste al lado de un caballo y un cocodrilo.”

Los cerebros de reptil y de mamífero primitivo conforman el sistema límbico, en contraposición al neocórtex del homínido, que se ha desarrollado en el último millón de años, desde el pleistoceno, a una velocidad explosiva, sin precedente en la historia de la evolución. Esta profusión cerebral en la segunda mitad del pleistoceno parece haber seguido el tipo de una curva exponencial que se ha vuelto tan familiar —explosión demográfica, de conocimiento, etc.—, y puede haber más que una analogía superficial en esto, puesto que se refleja el fenómeno de la aceleración de la historia a diferentes niveles.

Pero las explosiones no producen resultados armónicos. En este caso particular el resultado parece haber sido que las estructuras en desarrollo no se integraron bien con las más antiguas filogenéticamente, lo que da lugar a conflictos. MacLean acuñó el término de esquizofisiología para este precario estado de nuestro sistema nervioso, definiéndolo como una dicotomía en las funciones del paleocórtex y el neocórtex, que explica parcialmente las diferencias entre el comportamiento emocional y el intelectual. Biológicamente esto explicaría la forma inmen-

samente destructiva como el ser humano puede usar su producto creativo más refinado —la palabra— como su arma más mortífera. Evidentemente sin palabras no habría poesía; sin palabras, sin embargo, tampoco habría guerras.

<i>Implicaciones antropológicas de la tercera teoría instintiva</i>	
<i>Sobre la teoría</i>	— Compulsión a la repetición — Masoquismo primario — El principio de placer perturba la tendencia al reposo
<i>Sobre la teoría de la técnica</i>	— Explica más profundamente la reacción terapéutica negativa — Pone el acento más enfáticamente sobre la participación activa del paciente

Dentro del psicoanálisis, la noción del instinto de muerte ha sido bastante discutida y no aceptada por muchos psicoanalistas que consideran innecesario el concepto para el trabajo⁹.

Freud mismo es ambivalente en relación con algunas consecuencias derivadas de la tercera teoría instintiva. Afirma, por ejemplo, que el instinto de muerte “no tiene representación en el inconsciente”, y que “el miedo a la muerte implica estructuralmente que el yo sienta la pérdida de amor por parte del superyo”¹⁰. Fenichel¹¹ expone algunas objeciones al concepto del instinto de muerte. Afirma que el fin instintivo de la destrucción es obviamente lo opuesto de la búsqueda sexual de un objeto para amar. Considera dudosa, sin embargo, la naturaleza de esta antítesis. Se pregunta si se está trabajando con calidades instintivas básicamente diferentes o si, más bien, el contraste se refiere a una diferenciación de una raíz originalmente común, y considera esta última hipótesis más probable. No niega la existencia e importancia de los impulsos agresivos pero le parece que no hay suficiente evidencia para decir que siempre representan una externalización de impulsos autodes-

tructivos más primarios. Parecería, más bien, que lo agresivo no fuera un fin instintivo en sí mismo, que caracteriza una categoría distinta, contrapuestos a otros, sino una forma por medio de la cual se buscan, a veces, los fines pulsionales en respuesta a las frustraciones, o aun espontáneamente. Finalmente, piensa Fenichel que la idea del instinto de muerte no es compatible con el concepto biológico del instinto, en la medida en que la fuente instintiva, que hace que el organismo reaccione a los estímulos que impulsan a la acción para producir modificaciones en la fuente, no puede ser aplicada al instinto de muerte.

En relación con las críticas a la tercera teoría instintiva, vale la pena anotar que dicha teoría no puede sopesarse en función de la existencia del instinto de muerte tomado en forma aislada.

Eros y tánatos constituyen conceptos funcionales que deben valorarse el uno en razón del otro; es decir, se habla de diferentes grados de fusión o de defusión, pero no se puede juzgar instinto de muerte sino a la luz del *eros* y solamente se puede contemplar el instinto de vida en función de su mezcla y de lo tanático.

Consecuencias sobre la teoría y la técnica psicoanalítica

1. Sin la postulación del instinto de muerte, los fenómenos psicológicos se pueden comprender desde el punto de vista dinámico, mediante el principio de *displacer-placer*, complementado con el principio de realidad. Así, la pesadilla corresponde a la función derivada del principio de placer de ser el guardián del sueño: la realización de deseos se hace demasiado evidente y el celador debe solicitar ayuda para que el sueño siga cumpliendo su función de vigilante del dormir; los sueños de las neurosis traumáticas, por dolorosos que sean, cumplen un papel casi exclusivamente elaborativo; la agresión es siempre reactiva a la frustración, etc.

Con la introducción de la tercera teoría instintiva las cosas cambian. Habría fenómenos de la vida biopsicológica que tienen que ser comprendidos más allá del reino del principio del placer. Se destaca, en primer plano, entonces, otro principio del suceder psíquico: *la compulsión a la repetición*. Habría una tendencia repetitiva a la descarga sin que cuente el que esa descarga sea o no destructiva para el yo. La compulsión a la repetición se liga a la naturaleza conservadora de los instintos; a descargar donde siempre se ha descargado, a hacer reiterativamente lo que siempre se ha hecho. Se tendría pues:

— El principio del displacer-placer-realidad fundamentalmente al servicio de lo erótico.

— La compulsión a la repetición primordialmente instrumento de lo tanático.

2. En lo que concierne a las vicisitudes de los instintos, se recuerda (ver p. 60) que, con anterioridad a la tercera hipótesis instintiva, no existe el masoquismo primario¹². La agresión contra sí mismo constituiría siempre la vuelta contra la propia persona del sadismo frustrado.

A la luz del instinto de muerte, se plantea una agresión destructiva que proviene del interior de la persona misma, es decir, se toma en consideración un *masoquismo primario*.

3. Ahora bien, Freud¹³ describe tres tipos de masoquismos entrelazados:

— El masoquismo erótico, cuyos fundamentos biológicos constituyen también la base de los otros dos.

— El masoquismo femenino, en el que aparecen las fantasías de ser golpeado, humillado, sometido, y que, en últimas, implica el ser tratado como un niño castrado. Aunque este tipo de masoquismo es estudiado por Freud más en hombres que en mujeres, se encuentra frecuentemente también en éstas. En la novela de Joseph Kessel *Belle de Jour*, y en la hermosa película que sobre el libro realizara Luis Buñuel, se ve la forma en que Severine, la protagonista, puede hallar el placer tan sólo con seres que siente denigrados, y a través de fantasías de ser azotada y humillada. Eventualmente, Severine sólo encuentra la paz con el éxtasis casi absoluto frente al silencio de su marido inválido. "Transcurrieron tres años, Severine y Pierre viven ahora en una playita del Sur muy tranquila. Desde que hizo su confesión, Severine no ha vuelto a oír la voz de Pierre."

Es frecuente observar que personas que detentan poder económico, político o social, presentan vidas sexuales y fantasías en las que surge en forma clara la necesidad masoquista.

Cabe señalar que el masoquismo no se relaciona tan sólo con la

vida sexual o con las perversiones, sino que también y muy notoriamente, se liga a rasgos de carácter, excentricidades y formas de comportamiento.

El masoquismo moral, relacionado con el sentimiento de culpa inconsciente. Este sentimiento de culpa inconsciente puede entenderse sin necesidad de apelar a la tercera teoría instintiva, pero adquiere una dimensión diferente si se lo comprende a través de la lente del instinto de muerte.

Así, si el ser humano hace algo que siente censurable sufrirá remordimientos conscientes y culpa inconsciente, que lo empujan a ser castigado, a expiar, o a destruirse. Raskolnikov, en *Crimen y castigo*, impulsado por la culpa inconsciente, hace, sin percatarse, todas las acciones necesarias para ser atrapado y castigado. El hombre que siente que ha obrado mal, que ha agredido, que ha asesinado, sea en la acción o en la fantasía, espera una retaliación, sin que ésta se ubique necesariamente a nivel de la conciencia.

Bien hasta aquí. Con el instinto de muerte surge otra posibilidad inquietante: el sentimiento inconsciente de culpa, ligado al castigo del superyó y al *tánatos*, empujaría a la persona a la destrucción, no ya como un efecto de lo hecho, sino como causa y motor; no se busca el castigo como tal sino más bien, y por el contrario, el castigo mismo, la acción misma que lo provoca, explica, racionaliza y aplaca la culpa tanática que devora al individuo. En "Seres excepcionales"¹⁴, Freud explicita muy claramente este fenómeno mediante la descripción de lo que denomina "criminales por sentimiento de culpa".

4. Hasta el tercer planteamiento instintivo, la ley de Fechner, el principio de constancia o el principio de Nirvana (ver p. 42) se equiparan con el principio del placer. A partir de aquí el principio del placer se convierte en una perturbación que provocan los instintos de vida sobre el éstasis y la ciega tendencia al reposo que supone el principio de Nirvana.

5. En lo que concierne a la teoría de la técnica, la teoría de los instintos de vida y muerte introduce complicaciones negativas, porque la dificultad de manejar enormes montos de agresión primaria es ciertamente problemática. Así, por ejemplo, se comprende con meri-

diana claridad el cuadro clínico que Freud llamara "reacción terapéutica negativa"¹⁵, en el cual el paciente, por la acción de un ello tanático y el sentimiento de culpa inconsciente, determinado por un superyó punitivo, no tolera la mejoría producida en el curso del tratamiento psicoanalítico; frente a cualquier tipo de adquisición terapéutica tiene que abandonarlo; le es menester huir; no puede estar bien.

De otro lado, puede entenderse la interacción de los instintos de vida y muerte en el contexto del tratamiento psicoanalítico, en el sentido de una mayor participación activa en la fantasía o en la realidad externa, por parte del paciente, en todo su devenir vital.

Por ejemplo, si pensamos en la interacción madre-niño sobreprotegido, la tendencia es adjudicar a la madre el rol de sobreprotección y objetivamente puede ser así. Sin embargo, es un hecho que en un momento dado de su propia evolución el niño necesita alimentos semisólidos y está dotado de dientes y maseteros para poder mascarlos y digerirlos. La pregunta se plantearía, entonces, con el énfasis puesto en el otro participante de la díada: el bebé.

El niño (y en el contexto del tratamiento, el paciente) ha demandado y causado también esa sobreprotección. Tomado así, en el tratamiento, el paciente es el responsable, el creador de sus propias limitaciones vitales (aun sabiendo que, por supuesto, la vida es el resultado de una interacción entre uno y su mundo). Si se toma al paciente como el creador del troquelado de su vida, la implicación es que él mismo puede modificar y estructurar su propia circunstancia, en los términos relativamente modestos de un tratamiento psicoanalítico. El pasado es inmodificable; lo que se puede intentar cambiar es la vivencia de lo pasado, traída al presente, siempre y cuando se asuma que uno es el autor de lo que le acontece en el marco de referencia del tratamiento individual.

En este concepto, y paradójicamente, la tercera teoría instintiva implica un cierto mensaje de esperanza.

Consideraciones sobre la angustia a la luz de las tres teorías instintivas

A cada una de las teorías instintivas corresponde una hipótesis sobre la génesis y el papel de la ansiedad (se recuerda que la ansiedad y la angustia se utilizan como términos sinónimos).

La angustia es siempre el motor de la vida psíquica, y las respecti-

vas teorías sobre su origen y manejo no se anulan entre sí, sino que se complementan en forma funcional.

En el contexto de la primera teoría instintiva, la angustia es la consecuencia de la represión de la libido en el marco de referencia de un modelo hidráulico. La libido busca su satisfacción, pero es represada; se descarga, entonces, como angustia, sea directamente, como en los síntomas de las neurosis de angustia (ver p. 66), o indirectamente, a través de los mecanismos de defensa. Así, pues, la libido detenida se transforma en angustia.

En la segunda teoría, Freud¹⁶ se hace consideraciones que parten del significado semántico de la palabra angustia, que viene de *angor*, estrechez. Muchas de las sensaciones físicas que acompañan a la angustia se relacionan con lo angosto, con lo estrecho: el ahogo, la sensación de opresión, la taquicardia, etc.

Freud sugiere que el acto del nacer puede ser considerado como la experiencia en la cual se establece la angustia primaria; sin embargo, se limita a sopesarlo como un primer prototipo biológico de respuesta frente a las vivencias traumáticas. Otto Rank¹⁷ construyó, en cambio, una teoría psicodinámica cuyo elemento central, y casi excluyente, el trauma del nacimiento, no encontró un eco demasiado intenso.

Freud hace hincapié en la forma como el niño utiliza lo que denomina la *angustia señal*. Inicialmente, por ejemplo, el niño llora cuando tiene hambre hasta que la madre aparece y lo calma alimentándolo. Paulatinamente, el niño se acostumbra a que la madre aparece cuando la llama a través del llanto; en un momento dado, el niño puede llorar para hacer que la madre aparezca, sin tener hambre, para probar en cierto sentido la eficacia de su propia señal, como quien flexiona un músculo recién descubierto. Así como el miedo es útil frente a los peligros concretos externos, la angustia señal sirve al yo frente a los estímulos internos vivenciados, en algún nivel, como peligrosos. Ante algunos impulsos instintivos prohibidos en algún estrato o por alguna agencia de la personalidad, el yo moviliza la ansiedad como una alerta que automáticamente llama la atención sobre lo peligroso del deseo vivenciado. Es una especie de campana que advierte a los habitantes de un villorrio (el yo) la existencia de un peligro y, por lo tanto, la necesidad de ponerse en guardia frente a él.

En la primera teoría sobre la angustia, la represión de la libido es la causante de ésta. En la segunda teoría, es la angustia señal la que moviliza las defensas frente a la inminencia de un peligro interno.

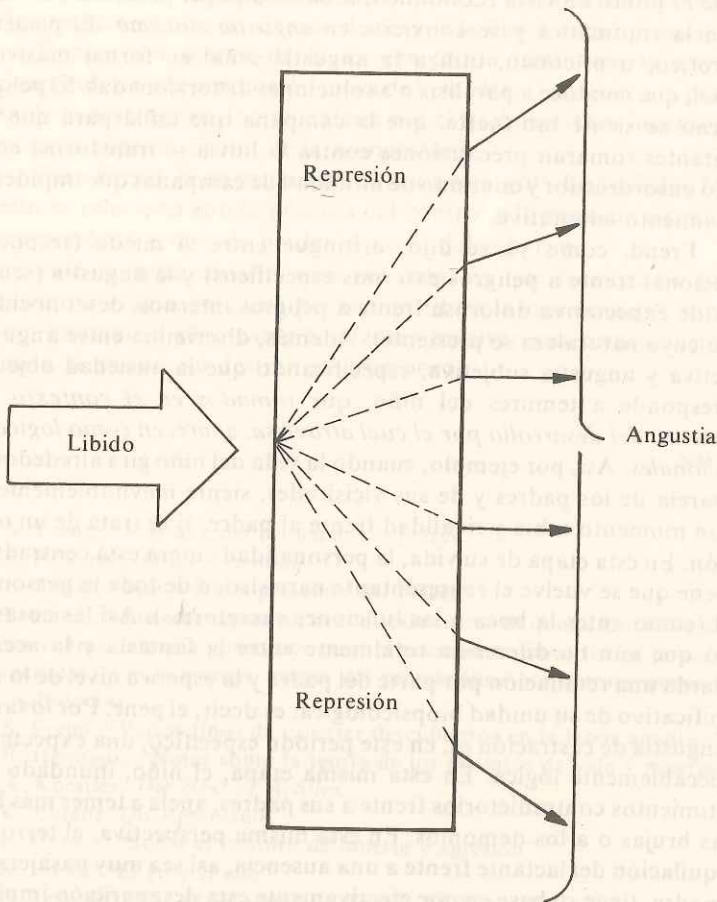


Gráfico 8: Esquema de la relación represión-libido-angustia en el contexto de la primera teoría instintiva

Así, la angustia señal, la campana del ejemplo, permite que el yo tome precauciones sobre la base del principio del displacer-placer-realidad. Ante la perspectiva de una satisfacción instintiva inmediata pero condenable por el superyó, el yo, alertado por la angustia, moviliza la represión y aplaza la satisfacción instintiva, para ahorrarse un displacer mayor. Ahora, si la angustia señal se hace demasiado intensa

desde el punto de vista económico, rebasa su papel protector, deviene vivencia traumática y se convierte en *angustia síntoma*. El paciente neurótico, o psicótico, utiliza la angustia señal en forma masiva y global, que conduce a parálisis o a soluciones distorsionadas. El peligro interno se siente tan fuerte, que la campana que tañía para que los habitantes tomaran precauciones contra la lluvia se transforma en el ruido ensordecedor y continuo de infinitud de campanas que impiden el movimiento adaptativo.

Freud, como ya se dijo, distingue entre el miedo (respuesta emocional frente a peligros externos específicos) y la angustia (sensación de expectativa dolorosa frente a peligros internos, desconocidos, pero cuya naturaleza se presiente). Además, discrimina entre angustia objetiva y angustia subjetiva, especificando que la ansiedad objetiva corresponde a temores del niño, que *tomados en el contexto del momento del desarrollo por el cual atraviesa, aparecen como lógicos y funcionales*. Así, por ejemplo, cuando la vida del niño gira alrededor de la pareja de los padres y de sus vicisitudes, siente inevitablemente en algún momento rabia y rivalidad frente al padre, si se trata de un niño varón. En esta etapa de su vida, la personalidad entera está centrada en el pene que se vuelve el representante narcisístico de toda la personalidad (como antes la boca a las funciones excretorias). Así las cosas, el niño que aún no diferencia totalmente entre la fantasía y la acción, aguarda una retaliación por parte del padre y la espera a nivel de lo más significativo de su unidad biopsicológica, es decir, el pene. Por lo tanto, la angustia de castración es, en este periodo específico, una expectativa impecablemente lógica. En esta misma etapa, el niño, inundado por sentimientos contradictorios frente a sus padres, apela a temer más bien a las brujas o a los demonios. En esta misma perspectiva, el terror de aniquilación del lactante frente a una ausencia, así sea muy pasajera, de la madre, tiene su base en que efectivamente esta desaparición implicaría muerte por inanición y descuido.

Está claro que cada ser humano busca soluciones a escala de su propio nivel de maduración, y que estas soluciones tienen siempre un significado de intentos de elaboración (más si se ignoran el instinto de muerte y la compulsión a la repetición).

Las angustias existentes y las soluciones, frente a ellas configuradas, deben modificarse con los procesos de maduración y desarrollo. Esta serie de pasos nunca se da completa, pero en algunas personas es más marcada la persistencia de ansiedades, fantasías y defensas, que ya no corresponden a su propia estructuración vital. A esta persistencia,

relacionada con lo arcaico de las ansiedades (y, por lo tanto, lo obsoleto de las soluciones que se intenta darles) se la llama *angustia subjetiva*.

Dentro del marco de la tercera teoría instintiva, la angustia correspondería a la percepción yoica de lo tanático, es decir, a la percepción de lo destructivo, incrementada por el trauma del nacimiento, que implica la ruptura brutal de la homeostasis.

Para Freud, la angustia está ubicada en el yo¹⁸. La ansiedad frente a ello se relaciona con la pérdida del control y la angustia de muerte, corresponde al temor de perder el amor del superyó.

Vale la pena insistir, una vez más, en que la angustia puede implicar patología, pero que, *per se*, constituye la base de lo que impulsa al ser humano a plantearse e intentar resolver sus contradicciones, frente a sí mismo, su destino y su entorno.

NOTAS

1. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
2. J. P. Sartre, *El ser y la nada*.
3. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
4. Eventualmente, por supuesto, Freud se da cuenta de que en muchísimos casos la transferencia constituye para el paciente la única forma posible de recordar, y es la esencia misma del psicoanálisis como tratamiento (ver capítulo 14).
5. S. Freud, "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica".
6. P. Heimann, "Notas sobre la teoría de los instintos de vida y muerte".
7. A. Koestler, *The Heel of Achilles*.
8. K. Lorenz, *On Aggression*.
9. E. Gómez, "Sobre el instinto de muerte y agresión".
10. S. Freud, "El yo y el ello".
11. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
12. S. Freud, "El problema económico del masoquismo".
13. S. Freud, *op. cit.*
14. S. Freud, "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica".
15. S. Freud, "El yo y el ello".
16. S. Freud, "Inhibición, síntoma y angustia".
17. O. Rank, *El trauma del nacimiento*.
18. S. Freud, "El yo y el ello".

7. LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LOS SUEÑOS

*Estoy tratando de contarles un sueño; en vano,
puesto que ningún relato de un sueño puede
transmitir la sensación del sueño, esa mezcla de
lo absurdo, de lo sorpresivo, de lo asombroso,
en el temblor de la lucha, esa noción de ser
capturado por lo increíble, que es la esencia
misma de los sueños.*

Joseph Conrad, *El corazón de las tinieblas*.

Consideraciones generales

Para Freud¹ los sueños constituyen la “vía regia” de acceso a lo inconsciente y, de hecho, el estudio de los sueños es uno de los fundamentos sobre los cuales descansa su teoría psicoanalítica.

Desde el punto de vista de la neuropsicología, Freud atribuye al sueño el papel relativamente modesto de “guardián del dormir”. Según él, el sueño es el que permite que el principio del *displacer-placer* no rebase los límites impuestos por la censura, aproximándose a una realización de deseos que no esté suficientemente disfrazada y distorsionada.

No obstante, el estudio de los sueños arroja luz y proporciona riqueza para la investigación de otra serie de fenómenos ligados a la psicología profunda, tales como el narcisismo; la concepción de un mundo de objetos internos; la correlación entre mundo interno de fantasías y recuerdos y mundo externo; la transferencia y la metapsicología, cuyo punto de partida esencial es el séptimo capítulo, “La elaboración onírica”, de *La interpretación de los sueños*; y la estructura formal y dinámica de los síntomas neuróticos y psicóticos y la forma como, en éstos, así como en la psicopatología de la vida cotidiana, la energía proveniente de lo inconsciente se liga a las representaciones del mundo exterior y de lo preconsciente para hallar una vía de salida.



Universidad Pontificia
Bolivariana

BIBLIOTECA

Ninguna interpretación de un sueño, como lo señala Grinberg², agota la riqueza del inconsciente. El sueño es primero satisfacción de deseos; segundo, y como se dijo, guardián del dormir; en tercer lugar, tiene una función de comunicación dentro del psicoanálisis y la amnesia de los sueños aparece como fenómeno resistencial; en cuarto lugar puede ser la expresión de la compulsión a la repetición (sueño traumático), relacionado con el *tánatos* y como respuesta a las situaciones traumáticas.

Para Fisher y otros autores³, el soñar es un proceso básicamente biopsicológico que ocurre en un tercer estado especial, diferente de la vigilia y del dormir sin soñar. Fisher integra las observaciones de otros autores, en el sentido de cambios en el EEG y la llamada fase de los movimientos rápidos de los ojos (REM). En el dormir de todo ser humano hay fases de REM y de NREM, que se alternan en cuatro ciclos globales, cada uno de los cuales dura de 90 a 100 minutos, veinte de los cuales corresponden a la fase onírica activa. El porcentaje de sueños en un adulto joven normal constituye una cuarta parte de un ciclo de, más o menos, ocho horas. Entre más joven la persona, mayor predominancia de la fase REM. El sueño profundo coincide con las etapas de inactividad onírica, lo cual, desde el punto de vista de la explicación psicológica, constituye una paradoja.

Durante mucho tiempo se ha sabido que la privación del dormir provoca una psicosis experimental transitoria, hecho comprobado en voluntarios, en prisioneros de guerra y, en general, en interrogatorios policíacos. Este fenómeno llega a tal punto que constituye la base del llamado "síndrome del lavado de cerebro" (*The Manchurian Candidate Syndrome*), estudiado por primera vez en prisioneros de guerra norteamericanos durante la guerra de Corea. Ahora bien, si se permite que una persona duerma pero se le impide la actividad onírica despertándola bruscamente en la fase del sueño, el resultado es similar: se produce también un episodio psicótico transitorio o, al menos, irritabilidad, ansiedad y dificultades para la abstracción y el cálculo. Tenemos, pues, que el sueño es una defensa contra la psicosis, en la medida en que todas las noches descargamos normalmente contenidos cuyo represamiento continuo actuaría a manera de olla de presión.

Bertram Lewin⁴ plantea que el primer sueño del recién nacido carece de contenidos visuales y es posterior a la saciedad oral. El dormir repetiría siempre una situación infantil oral asociada, consciente o inconscientemente, a la idea de ser saciado por el pecho y que estructura la llamada pantalla del sueño, superficie en blanco sobre la cual éste se

proyecta, presente aunque no se vea. Para Lewin, esta pantalla representa el pecho que el sujeto, al dormir, ha capturado dentro de su mundo perceptual, que se aplasta y se aproxima a una superficie plana. La pantalla del sueño representa no solamente el pecho incorporado, sino que constituye también una réplica del dormir infantil, y expresa, predominantemente, satisfacciones y sensaciones orgánicas.

Hipótesis de Freud sobre la construcción de los sueños

Los sueños constituyen una manifestación de la vida psíquica que no cesa con el reposo, y representa la realización de deseos infantiles reprimidos. Esta pugna por llevar a la superficie los deseos reprimidos constituye el verdadero motor del sueño. Empero, para expresarse requiere de símbolos preconscientes, dado que los contenidos del inconsciente y el proceso primario sólo pueden manifestarse mediante su ligazón con dichos símbolos.

Así, habría dos componentes básicos en la estructuración del sueño:

1. *Deseo reprimido*, cuya energía moviliza el proceso onírico y que, para seguir la analogía de Freud, es el socio capitalista del sueño, por cuanto proporciona la materia prima.
2. *Restos diurnos*, llamados así porque son hechos recientes cuya interiorización permite que su energía se ligue a la del inconsciente, al proporcionarle un vehículo de expresión, susceptible de ser manifestado en la imagería del proceso secundario.

La energía inconsciente, que busca su salida a la superficie, requiere, pues, de símbolos preconscientes para su representación. Algunos de estos símbolos son prohibidos en la medida en que el nexo entre energía inconsciente y símbolo preconsciente sería inaceptable para las agencias censoras. Otros se hallan, por así decirlo, ocupados y no prestan su valor representativo (recordemos que el proceso primario se caracteriza por energía móvil, en tanto que la energía del secundario es fija, ligada). De esta forma, para construir el sueño, el yo necesita apelar a envolturas aparentemente triviales y, por lo tanto, inocuas, o a envolturas relativamente nuevas y, por ende, no catectizadas. Este fenómeno sucede también con síntomas neuróticos o psicóticos y, de

hecho, con cualquier expresión vital creativa. Así, el aparente contenido reciente del recuerdo del sueño encuentra su contraparte en el paciente obsesivo, por ejemplo, que ubica su angustia reiterativa en ideas llamadas en psicopatología "banales", para encontrar, de esta manera, una modalidad de expresión de ésta.

El sueño consta de un *contenido manifiesto*, que corresponde a lo que se recuerda y de un *contenido latente*, que corresponde a "aquello que permanece oculto y que se intenta descubrir por medio de la interpretación"⁵.

La forma como se configura el sueño constituye un hermoso ejemplo del concepto de estructura: sin contenido latente no habría actividad onírica; sin contenido manifiesto no habría posibilidades de su representación. Resto diurno y contenido reprimido conforman una globalidad funcional. De los miles de estímulos presentes durante el lapso de un día se escogen, de adentro a afuera, aquellos que por su silueta o por su nexo dinámico se prestan más para el sueño total. *Así, si la actividad psíquica no cesa en el reposo, la actividad creativa onírica tampoco se detiene en la vigilia.*

Entre el contenido manifiesto y el contenido latente del sueño media lo que se llama *trabajo del sueño o elaboración onírica*, cuyos componentes son:

1. *Condensación.* En el sueño una persona puede tener características de varias otras.
2. *Desplazamiento* que se ve a través de la omisión, modificación y arbitraria agrupación de los materiales.
3. *Cuidado de la representabilidad.* El yo no se ocupa, como se ha visto, de que la energía se ligue a un contenido susceptible de ser representado.
4. *Elaboración o distorsión secundaria.* El yo, a través de la censura, efectúa racionalizaciones, da importancia a elementos que no la tienen, crea certeza sobre lo incierto e incertidumbre sobre lo más valioso.
5. *Simbolización.* Es la relación constante que existe entre el sueño y su traducción.

La interpretación del sueño recorre el proceso inverso al trabajo del sueño: su objetivo es desmenuzar cada uno de los componentes del contenido manifiesto, estos en su totalidad y los mecanismos para intentar la comprensión del contenido latente.

El sueño se hace posible gracias a que el ser humano, al dormir, retira la mayor parte de las catexias de los estímulos externos y las concentra en el sí mismo. De allí que el sueño constituya uno de los modelos básicos para el estudio del narcisismo⁶. También, desde este punto de vista, su estudio arroja luz sobre el proceso de la esquizofrenia y el de los delirios; sin embargo, hay entre ambos tipos de fenómenos diferencias importantes.

Se había visto ya (p. 43) que se puede concebir el aparato psíquico como un dispositivo compuesto de un polo aferente, que recibe los estímulos y uno motor, eferente, que los descarga, polos estos entre los cuales median las huellas mnémicas. El sueño se puede definir como un proceso mediante el cual, y por la regresión que se lleva a cabo a partir del polo motor al polo sensorial, las palabras, los conceptos y acciones se transforman en imágenes visuales. Lo visual es lo propio del sueño y las palabras o la escritura son un agregado, prestado, por así decirlo, de la vigilia y del proceso secundario.

Una regresión semejante a la del sueño se presenta en la esquizofrenia. La diferencia central radica en que en tanto el soñante se encuentra dormido y su polo motor cerrado, el esquizofrénico se halla en un estado intermedio entre sueño y vigilia y su polo motor está abierto, lo cual lo condena a vivir y a actuar su propia y continua pesadilla.

Las semejanzas son formales; el sentido de los fenómenos es casi opuesto en la medida en que el soñar tiene una función elaborativa, reparadora y catártica, en tanto que la enfermedad psicótica, a pesar de su fallido significado reparatorio, es el reflejo de la desintegración de la personalidad.

A través del sueño, Freud estudia el proceso de la regresión y describe tres tipos en la actividad onírica: la regresión temporal (el sueño se relaciona con contenidos infantiles); la topográfica (predominan lo inconsciente y el proceso primario); y la formal (la esencia del sueño es visual).

El trabajo del sueño

Por otra parte, en el proceso del dormir y en la retirada de cargas,

se produce también un debilitamiento de las censuras de la vida de vigilia, lo cual permite que afloren contenidos que de otra manera permanecerían represados. Sin embargo, la censura no desaparece del todo; persiste un yo vigilante que, en su calidad de guardián del dormir, permite la relajación de las normas tan sólo hasta un determinado punto. Freud compara el sueño con el sereno de un pequeño pueblo, que cuida el descanso de sus habitantes (la personalidad), siempre bajo el dominio del principio del *displacer-placer*. En estos términos, la pesadilla o el sueño de angustia corresponde a que la realización de deseos prohibidos se acerca demasiado a su representación directa. El celador que hasta ese momento ha manejado los pequeños problemas del poblado por sí mismo, se ve forzado, ahora, a despertar a otros habitantes del pueblo, ante el equivalente de algo así como un robo o un incendio, analogía que en el sueño tiene su equivalente en la transformación del deseo, demasiado audaz, en la angustia de la pesadilla. En síntesis, Freud se explica la pesadilla, como ya se dijo, en términos de preservación de la economía del placer.

Garma⁷ no está de acuerdo con esta explicación; le parece que el sueño se siente atraído hacia lo desagradable, hacia lo penoso; y da ejemplos en los cuales la satisfacción de deseos encubre situaciones desagradables a las que el sujeto se encuentra sometido y que constituyen la verdadera base del sueño. Considera las situaciones traumáticas como los factores principales del sueño y los causantes de la regresión. El deseo que se satisface no es la causa de la regresión sino únicamente un intento por disminuir el *displacer* originado en la situación traumática. Para Garma, el sueño es, entonces, una tentativa, más o menos eficaz, de vencer el desagrado psíquico originado por las situaciones traumáticas. Garma basa sus consideraciones en la tercera teoría instintiva y, por lo tanto, en la importancia de la compulsión a la repetición como principio psíquico a favor del instinto de muerte.

La importancia relativa de la elaboración en los sueños infantiles constituye un tema que se relaciona con la polémica sobre el comienzo del yo. Para Freud, los sueños infantiles son poco elaborados y reflejan problemas más bien simples relacionados con las vivencias de frustración (y su consiguiente realización de deseos) de los eventos diurnos. Si se asume una génesis más temprana del yo, los sueños de los niños pequeños reflejarían la complejidad y riqueza de un mundo interno muy tempranamente variado, confuso y convulsionado. Por otra parte, es evidente que en los sueños infantiles se observa una menor distorsión entre el contenido latente y el manifiesto, en general, muy marcada,

con la excepción del afecto del contenido manifiesto que corresponde, sin distorsión, a lo que sucede en el contenido latente.

El paciente neurótico es, en mayor o menor grado, incapaz de recordar sus propios sueños y el hecho de que comience a recordarlos y a traerlos al psicoanálisis es un reflejo del relajamiento de la censura.

El paciente esquizofrénico, por otra parte, no puede discriminar bien sus estados de sueño y de vigilia, de allí que si bien, a veces, la medición electroencefalográfica de la fase REM de sus sueños no difiere de la de los sujetos control, tal y como lo señala Fisher⁸, la captación del significado y el sentido elaborativo tienen direcciones funcionales bastante diferentes desde el punto de vista psicodinámico.

Sueño y pensamiento

Wilfred Bion⁹ considera que para que el ser humano pueda soñar (lo que equipara con un real pensar), necesita poseer en su personalidad una función que denomina *alfa*, capaz de procesar sus impresiones sensoriales internas y externas, para poder así transformarlas en elementos utilizables por el pensamiento onírico, y por el pensamiento inconsciente de vigilia. Los elementos alfa (imágenes, modelos auditivos, olores, etc.) forman, al unirse, una barrera de contacto que aísla y establece un pasaje selectivo entre consciente e inconsciente. Este tipo elaborativo de sueño crea una separación que hace imposible que un sistema invada al otro. Las funciones de censura y resistencia son instrumentos a través de los cuales el sueño crea y diferencia lo consciente de lo inconsciente y permite el pensamiento ordenado. Si la función alfa fracasa, el paciente no puede soñar y, por lo tanto, no puede dormir, como sucede en la psicosis. Esta postulación es casi contraria a la psiquiátrica habitual en la que se asume que el paciente esquizofrénico no puede dormir y, por consiguiente, no puede soñar. Este fracaso da lugar a la aparición de la pantalla *beta*, compuesta por elementos beta, no aptos para el pensamiento inconsciente de vigilia ni para el pensamiento onírico, apenas adecuados para ser evacuados por la identificación proyectiva y por medio del cortocircuito entre inconsciente y actividad motora denominado *acting-out*. Los elementos beta no se pueden unir entre sí, ni son susceptibles de configurar pensamiento; así, la pantalla beta se presenta clínicamente como un estado confuso de lenguaje no articulado, de acción y no de comunicación.

NOTAS

1. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
2. L. Grinberg, "La función del soñar y clasificación clínica de los sueños en el proceso analítico".
3. Ch. Fisher, "Biología de los sueños y el psicoanálisis".
4. B. Lewin, *Knowledge and Dreams*.
5. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
6. El narcisismo del sueño se refleja en que el yo es siempre su protagonista y héroe, así se vea representado en infinidad de personas y situaciones. De allí que, a veces, aparezcan en representaciones oníricas síntomas de enfermedades no diagnosticadas aún.
7. A. Garma, *El psicoanálisis de los sueños*.
8. Ch. Fisher, "Biología de los sueños y el psicoanálisis".
9. W. Bion, *Aprendiendo de la experiencia*.

8. EL YO O EGO Y EL SUPERYÓ O SUPEREGO

*El papel de Jupien en la vida de Francisca había
dejado de serle indispensable: Francisca había
aprendido a imitarle.*

Marcel Proust, *El mundo de Guermantes*.

Definiciones

El ego se puede definir como:

1. La corteza de una superficie, es decir, la parte de la personalidad que constituye el contacto con el mundo exterior.
2. La frontera entre el mundo interno y el externo.
3. La modificación que sobre el ello produce el contacto con la realidad externa a través de la vía de la percepción-conciencia (PCPT-CS).
4. Un conjunto de identificaciones resultante del decantado de las catexias correspondientes a relaciones de objeto abandonadas, vale decir, históricas y dirigidas hacia el sí mismo.
5. Un conjunto de funciones básicas derivadas de las identificaciones y de las relaciones que establecen éstas entre sí y con el mundo externo y que comprenden:
 - Percepción consciente.
 - Acceso a la motilidad y, por lo tanto, a la acción; así el ego es el agente efector de la personalidad.

— Instancia intermediaria entre las demandas del ello y las prohibiciones del superego; esto adjudica al ego una misión relacionada también con la percepción interna, consciente o inconsciente.

— Censura de los sueños: uno esperaría que la censura de los sueños correspondiese en rigor al superyó, que en última instancia permite o prohíbe; sin embargo, la censura es, por una parte, el resultado de un compromiso y corresponde, por otra, a una acción efectora y, por lo tanto, yoica.

— Mecanismos de adaptación y de defensa.

— Prueba de realidad (*reality testing*): se define como la capacidad de diferenciar los estímulos internos de los externos, o sea, discriminar representación y percepción. La prueba de realidad se encuentra extremadamente vulnerada en la psicosis, de allí que el paciente sienta como provenientes del exterior estímulos internos, a través de las proyecciones y sus manifestaciones clínicas: alucinaciones y delirios. La prueba de realidad, empero, tiene connotaciones más sutiles, evaluadas entre otros por Hartmann²: los estímulos senso-perceptivos se pueden percibir como son, pero su interpretación puede distorsionarse. Así, en el neurótico esta falla reside en que, por ejemplo, se siente excluido, sin darse cuenta de que él mismo es quien excluye a otros. Otro de los significados de la prueba de realidad se relaciona con la capacidad de armonizar estímulos internos y externos, y la de evaluar el significado de la realidad (base del “juicio de realidad”).

— La función sintética: el ego es el gran compromisario; tiene que combinar, fusionar e integrar demandas diversas, intentar establecer una consonancia entre los diferentes productos, a veces contradictorios, para originar creaciones del yo. Esta misión de creatividad se refleja en síntomas, sueños, obras de arte, música, etc., e implica la integración más o menos concordante del yo.

Orígenes del yo

A lo largo de la mayor parte de su obra, Freud considera que las estructuras constituyen un *continuum*. Del ello surge el yo, y a su vez, de éste, mediante las catexias proporcionadas por la disolución del complejo de Edipo, emana el superyó.

En otro contexto, sin embargo, estima Freud que existe lo que denomina “matriz biológica indiferenciada”, de la cual surgirían, por

una parte, el ello, y por otra, el yo, como entidades funcionales paralelas, pero no idénticas. Hartmann³ desarrolla el concepto de los orígenes paralelos del ello y el yo, lo cual le permite establecer que hay funciones del yo, que se pueden desarrollar sin la intervención contaminante de los instintos, gracias a su propia energía. Por supuesto, postula Hartmann, estas zonas funcionales que denomina "áreas autónomas primariamente libres de conflicto" pueden erotizarse o agresivizarse (conflictualización secundaria). Esta concepción es casi opuesta a la de Melanie Klein⁴, para quien cualquier logro en funciones o cualquier juego rudimentario del niño corresponde necesariamente a la elaboración exitosa de un conflicto.

En general, los autores psicoanalíticos tienden a aceptar el desenvolvimiento en un continuo de las estructuras.

Para Freud, el yo se originaría alrededor del octavo mes de la vida; sin embargo, en el *Compendio del psicoanálisis*⁵, publicado después de su muerte, habló de un ello-yo existente desde el comienzo de la vida. Para René Spitz⁶, el yo se estructuraría alrededor del octavo mes, a través del segundo organizador. Melanie Klein sostiene que desde el nacimiento hay un yo muy rudimentario pero capaz de establecer relaciones de objeto y de utilizar mecanismos de defensa. Rascovsky, Plata, Pastrana⁷, entre otros, sustentan la teoría de un yo primitivo en la vida intrauterina.

Puntos de confluencia relacionados con el surgimiento del yo

Se consideran varios puntos de confluencia ligados entre sí en relación con el surgimiento del yo.

1. Se ha concebido el aparato psíquico como dotado de un polo sensorial aferente y un polo motor eferente, entre los cuales median huellas de memoria. En el comienzo de la vida, el niño lacta y espera, según el principio del placer que rige la unidad biopsicológica, la satisfacción automática. Eventual e inevitablemente se presenta un momento en que la madre no acude inmediatamente y la frustración resultante moviliza el que el niño recree la imagen del pecho por medio de sus recuerdos visuales, olfatorios, táctiles, etc. A esta recreación la denomina Freud⁸ "reproducción en imágenes" o "reproducción alucinatoria". Cuando el niño con hambre succiona el pulgar o manotea, puede inferirse que está

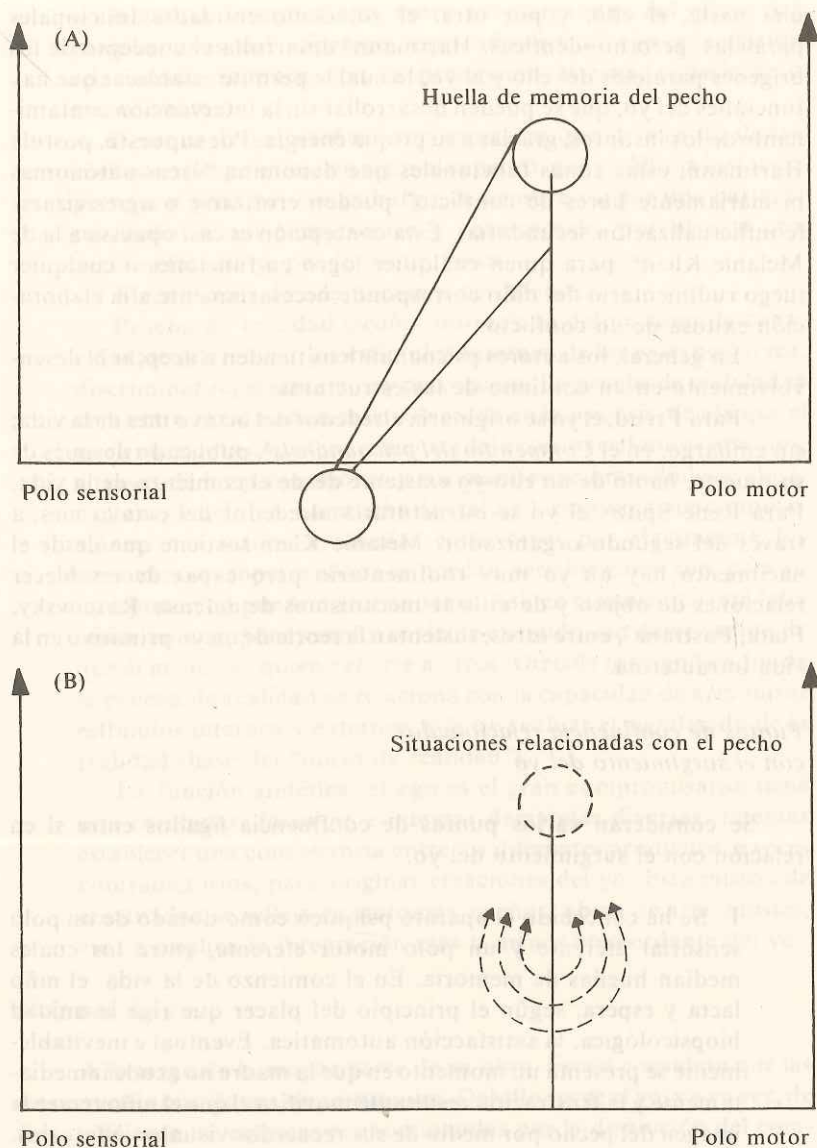


Gráfico 9: (A) Reproducción alucinatoria. (B) Reproducción en pensamiento

imaginando el pecho en una forma primitiva de rememoración. Sin embargo, la "reproducción en imagen" no sacia la necesidad y, paulatinamente, el niño, en lugar de catectizar el objeto mismo ("reproducción alucinatoria"), efectúa una especie de rodeo y carga más bien situaciones relacionadas con el objeto, fenómeno que Freud llamó la "reproducción en pensamiento". Así, la "recreación alucinatoria" se reemplaza por un esbozo del pensamiento, en la medida en que no se visualiza el objeto sino algo relacionado con él (ver gráfico 9).

De esta forma, el niño, gracias a la frustración y a la no aparición automática de la madre, se ve obligado a un rudimento del pensar.

2. El reemplazo de la "reproducción en imágenes" por la "reproducción de pensamiento" determina un mínimo de capacidad de aplazar, *capacidad ésta de aplazamiento que constituye la esencia del pensar*. De hecho, el pensamiento se puede definir como un "aplazamiento en la acción". La competencia para aplazar implica que el niño ya no está regido tan sólo por el principio del *displacer-placer*, y que éste comienza a complementarse con el principio de realidad. *Capacidad de aplazamiento y principio de realidad son términos sinónimos*. El bebé puede posponer la descarga inmediata en gracia de una satisfacción mayor. El posponer trae consigo el inicio de la diferenciación del tiempo. La descarga placentera que se vivió será vivida de nuevo. Hay enfermos que jamás adquieren la complementación del principio del *displacer-placer* con el de realidad. Tal es el caso del psicópata cuyas necesidades no conocen freno y a quien, por lo tanto, le es imposible poner distancia reflexiva entre el impulso y la acción. El esquizofrénico, a consecuencia de lo arcaico de su regresión, moviliza también el tiempo a través de las leyes del proceso primario regido por el *displacer-placer*. Es la situación anecdótica frecuente del enfermo que se acerca a su médico en un hospital psiquiátrico para preguntarle cuándo le dará algo que desea; el médico de la viñeta le responde, por ejemplo, que lo obtendrá el sábado. Al cabo de un par de minutos el paciente se acerca de nuevo y pregunta si ya es sábado. El aplazamiento ha desaparecido; junto con él el pensamiento abstracto y la concepción de tiempo. La complementación del principio del *displacer-placer* con el de realidad supone espera y, a su vez, la espera supone frustración. El yo se desarrolla en el dolor.

No cabe duda de que el niño y el ser humano, en general, necesitan de la frustración para su crecimiento y desarrollo, pero requieren también de la gratificación. Winnicott⁹ hace énfasis en lo que denomina el "momento de ilusión" del bebé, instante éste durante el cual el niño reproduce sensorialmente el pecho de la madre y, en efecto, éste aparece. Los momentos de ilusión son tan indispensables para el desarrollo del niño como la espera dolorosa. A través de la comunicación empática la madre debe captar cuándo la necesita el bebé y cuál es su necesidad específica. Es evidente que si la madre aparece siempre en forma automática no puede desarrollarse la capacidad de espera; pero es obvio, también, que si ésta se prolonga más allá de la capacidad del niño para tolerarla, lo que se tiene es una *carencia* que no determina progreso alguno.

3. Tanto en la vida intrauterina, como en los primeros momentos de su existencia, el niño funciona por la omnipotencia en que el deseo es simultáneo con su realización. Muchas veces el recién nacido ni siquiera tiene que desear o sentir la necesidad instintiva porque la madre se le anticipa, razón ésta para que, paulatinamente, la omnipotencia vaya siendo reemplazada por la magia del niño. Entre omnipotencia y magia media una acción efectora; en la magia, el niño, o el paciente, o lo que de ellos está presente en todo ser humano, tiene que hacer un movimiento o pensar en algo para conseguir lo que desea o provocar lo que teme. Ferenczi¹⁰ describe la transición de la omnipotencia a la magia y los pasos sucesivos cronológicos de ésta, que se repiten en los síntomas de los pacientes o en momentos vitales críticos de cualquier persona, cuando está dominada por la regresión:

a. *Omnipotencia*. Se dijo ya que no es necesario pedir, hacer o pensar. Se la ve, por ejemplo, en el paciente catatónico que permanece inmóvil durante días, semanas o meses y simultáneamente bloquea su pensamiento ya que cualquier cosa que diga, haga o piense puede traer un desastre conceptual, catastrófico para él y para el mundo con el que se ha fusionado por la regresión.

b. *Magia del llanto*. El niño siente que su llanto obliga a la madre a llevar a cabo sus propios deseos y, en cierto sentido y al margen de cualquier otra consideración, como se ha dicho, esto es cierto¹¹. El paciente melancólico, por otra parte, detiene su llanto, pues

éste traería consigo, mágicamente, la repetición de la pérdida del objeto.

c. *Magia de los gestos y del pataleo*. El niño siente el hambre como una especie de ataque proveniente de su propio interior. Mediante el pataleo, mágicamente intenta:

- Convertir el estímulo interno en externo para poder huir de él.
- Atraparlo como representante de aquello que saciará su necesidad instintiva.

d. *Magia de la palabra*. El niño asustado encontrará la palabra que exorcizará su terror, o provocará con ella la movilización de la configuración del Universo para ubicarse en su centro. En una etapa algo posterior, el niño teme que el pensar con rabia contra alguno de los padres puede provocar la muerte o la desaparición de éste. El paciente obsesivo maneja el mundo a través de palabras; y considera que sus racionalizaciones modificarán a las personas para que actúen conforme a sus propias necesidades de control.

4. Inicialmente, el niño y el mundo son una misma y única cosa. Existe en un estado de “confusión” (fusión con); no diferencia entre lo que es y no es yo, según la teoría clásica de Freud. La diferenciación tiene lugar mediante lo que constituye la primera “prueba de realidad” y la base del primer “juicio de realidad”. Una cosa (o un impulso instintivo, acompañado de su fantasía) es comible y, por lo tanto, placentera y propia. Otra no lo es y, por ende, es externa, displacentera, ajena; no es el yo. Es decir, lo vivido como satisfactorio y bueno es el yo; lo displacentero, a través de la proyección, configura el no-yo, efectuándose así la discriminación cuyas bases, a lo largo de la vida, nunca cesan del todo.

5. El bebé parte de lo que Klein¹² llama la ecuación simbólica, o sea, que el significante es igual al significado; el símbolo es igual a lo simbolizado, y no hay distancia de ningún tipo entre el yo y el objeto. A partir de esta ecuación el niño comienza a hacer pequeñas diferenciaciones; es decir, lo que representa al objeto no es exactamente igual al objeto. Muy paulatinamente el objeto parcial (definido por su función nutricia o por la carencia de ella), pecho, se va diferenciando de las sucesivas estructuras gestálticas

de la madre que puede ser concebida, eventualmente, como una totalidad compuesta de partes. En un paso intermedio el niño apela a lo que Winnicott¹³ denomina un "objeto transicional", que tiene simultáneamente características de lo interno y de lo externo; que se refiere a un elemento material y que actúa a manera de puente levadizo para buscar lo externo o retraerse. Estos objetos intermediarios se refieren a biberones, cojines, osos de peluche. En la tira cómica "Carlitos" uno de los personajes, Linus, utiliza su frazada como una transacción entre el encuentro y la retirada, acción que simboliza su mecanismo de regulación frente a la frustración que le pueden provocar otros seres humanos y el narcisismo.

A la larga el niño llegará a relacionarse con un objeto total (que para Klein implica integración de calidades); no obstante, la discriminación entre yo y objeto se logra apenas con la madurez emocional y, aún así, en forma relativamente parcial, a tal punto que una de las metas del psicoanálisis como tratamiento se postula en términos de aprender a diferenciar entre el yo y el objeto, lo cual implica aceptar la integridad y la independencia del otro ser humano.

En la esquizofrenia se produce una ruptura de la simbolización; desaparece la distancia penosamente conseguida entre el yo y el no-yo. El "como si" se desvanece y la sensación neurótica de "es como si el mundo se estuviera acabando", se transforma brutalmente en una catástrofe concreta, inmediata y destructora.

Estos cinco términos, apenas parcialmente considerados y que no contemplan la totalidad del fenómeno, no se dan en una secuencia lineal sino que están íntimamente relacionados y pueden ser simultáneos.

El superyó

Alrededor del tercero, cuarto o quinto año de la vida, para Freud¹⁴, y bastante antes para otros autores, comienza a diferenciarse, a partir del yo, una serie de funciones cuya energía proviene de dos fuentes:

1. Una filogenética que se relaciona con la moral de la especie y que se ubicaría a nivel de lo que Jung¹⁵ denomina el inconsciente colectivo. En este aspecto, Freud sigue el concepto lamarquiano de la herencia de los caracteres adquiridos. Así, el superyó se

derivaría de experiencias del pasado filogenético del hombre activadas por la vivencia ontogenética¹⁶. No todos los psicoanalistas comparten este concepto.

2. La segunda y principal fuente de energía proviene de la disolución y des-sexualización del complejo de Edipo. Las cargas que se retiran de las figuras de los padres proveen la fuerza libidinal y agresiva para la incorporación de estas figuras y de su código de valores: las relaciones objetales se transforman parcialmente en identificaciones.

3. A partir de la tercera teoría instintiva, Freud plantea que parte de la energía derivada del instinto de muerte configura los primeros núcleos de estas identificaciones (ver p. 102). Klein¹⁷ utiliza funcionalmente esta última concepción para desarrollar la noción de agencias tempranas de las cuales emanan sentimientos de persecución y culpa.

A este conjunto de funciones e identificaciones, conscientes e inconscientes, lo llama Freud superyó, superego o ideal del yo. El superyó es el portador de los valores éticos de la especie: la "conciencia moral", y Freud usa la apertura hacia el concepto como un reflejo del interés que el psicoanálisis tiene por las ideas más elevadas de la ética humana. Algunos autores piensan que la concepción del superyó es una concesión a las presiones de una sociedad que acusaba a Freud de no ocuparse suficientemente de lo moral. En épocas que se pueden llamar "heroicas" del psicoanálisis, Alexander, citado por Strachey¹⁸ consideraba que el superyó es una estructura de por sí neurótica y proponía entre las metas terapéuticas del psicoanálisis la abolición del superyó y la toma de sus funciones por el yo. Esta concepción, a todas luces imposible, se postula más bien en términos de intentar el cambio de un superyó arcaico y cruel por un superyó maduro, más adecuado a las realidades presentes mediante la identificación del paciente con lo que Strachey¹⁹ denomina el superyó auxiliar del psicoanalista.

El superyó no representa solamente lo cruel y destructivo de las normas sociales. Constituye también el sedimento positivo de los valores de la especie y de las figuras parentales.

En el contexto de la teoría clásica el término "precursores del superyó" se usa en dos sentidos:

1. El niño obedece las órdenes y mandatos que se le dan, pero sobre la base de que en caso de no cumplirlos la madre, por ejemplo, le retirará su amor, el padre lo castigará, etc.

Las normas están ubicadas en el afuera. A raíz de las identificaciones superyoicas que se estructuran con el edipo se incorporan, conjuntamente con la pareja parental, las normas y valores. *Las escalas éticas y las prohibiciones funcionan ahora dentro de la personalidad.* En este aspecto, el superyó corresponde a una adquisición del niño. En la mayoría de las religiones existen rituales de iniciación que se ubican más o menos en la época del desarrollo funcional del superyó; a partir de ellos se declara al niño responsable de sí mismo, de sus pensamientos y de sus actos. La responsabilidad se ha introyectado.

2. El superyó es divisible en capas que representan fases históricas de la lucha infantil para manejar las formas primitivas del instinto y básicamente del amor y la agresividad²⁰. Puesto que la mayoría de estos impulsos se relacionan con impulsos ambivalentes hacia los objetos parentales, simultáneamente amados y temidos, no pueden ser gratificados y tienden a llevar al abandono del objeto particular. Aunque es razonable asumir que en la primera niñez el proceso no esté muy organizado, sí se desarrolla una reacción que se podría llamar presuperyoica a cada fase que, aunque no se puede considerar como una verdadera estructura psíquica, sí constituye un núcleo del sistema superyoico. Clínicamente, se puede observar que los intereses excretorios, anales y uretrales están controlados por lo que Ferenczi²¹ denomina moral de los esfínteres, apuntalada en el asco, el pudor y la vergüenza.

Existen funciones superyoicas cuyo objetivo no es reprimir los instintos sino, antes bien, estimularlos. Así, pues, hay una parte del superyó aliada a la gratificación instintiva que se manifiesta clínicamente, por ejemplo, cuando una persona se siente culpable por no haber llevado a cabo un acto que hubiera culminado en una descarga placentera.

El término "ideal del yo" se refiere a las imágenes que el superyó consciente o inconscientemente busca como modelos. Siempre hay alguien a quien el niño desea parecerse o con quien quisiera identificarse. Estas imágenes no se limitan a los padres sino que se extienden a maestros, líderes grupales, hermanos mayores, etc. Si el ideal del yo es

demasiado alto e idealizado, tanto mayor será la brecha entre este ideal y la realidad de la persona.

La proyección del superyó es, en últimas, parte de la proyección de la propia autonomía. En la hipnosis, los fenómenos de grupo y las instituciones organizadas, el ideal del yo se proyecta en el líder carismático, por ejemplo, que se convierte en el depositario del ideal del yo del conglomerado social.

El psicótico proyecta su culpa masivamente y se alivia pero, conjuntamente con las responsabilidades, pierde sus privilegios. En la esquizofrenia, la vivencia de los padres (objetos internos) ha sido incorporada al superyó, teñida por el sadismo del instinto de muerte; así, es un superyó cruel pero además inestable, que continuamente da al paciente órdenes contradictorias (*double-bind messages*). Tradicionalmente, se afirmaba que en la psicopatía el superyó no se desarrollaba, y esta deficiencia lo hacía patológicamente laxo. En los últimos años se hace énfasis en lo contrario: en la existencia de un superyó cruel y rígido, que lleva al psicópata a su propia e inevitable destrucción final.

NOTAS

1. S. Freud, "El yo y el ello".
2. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
3. H. Hartmann, *op. cit.*
4. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
5. S. Freud, *Compendio de psicoanálisis*.
6. R. Spitz, *El primer año de vida del niño*.
7. A. Rascovsky y cols. *Psiquismo fetal*.
8. S. Freud, "El yo y el ello".
9. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
10. S. Ferenczi, *Stages in the Development of the Sense of Reality*.
11. El hombre occidental tiende a despreciar la magia para luego reemplazarla por sus propios encantamientos cientifistas. La magia, empero, existe y está justificada por la realidad de una tierra y de las gentes que la habitan, por la ansiedad subjetiva y el modo de pensar de un niño. En la base de la costumbre hindú de no sacrificar ganado se encuentran razones religiosas y culturales sumamente válidas, así como también motivos pragmáticos relacionados con el sistema de producción agrícola, la utilización de productos lácteos, etc.

12. M. Klein, "Algunas notas sobre mecanismos tempranos en la niñez".
13. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
14. S. Freud, "El yo y el ello".
15. C. G. Jung, *Teoría del psicoanálisis*.
16. Desde el punto de vista filogenético, Freud, en *Tótem y tabú*, toma la teoría de Darwin y de Frazier en cuanto a la organización totémica. Los primeros conglomerados humanos corresponderían a clanes totalmente dominados por el padre, quien sería el único que tendría el acceso sexual a las mujeres del clan. Al crecer los hijos, el padre los expulsaría, asesinaría o castraría. Eventualmente los hijos se rebelan, asesinan al padre y lo devoran en la llamada "orgia totémica". Una vez devorado el padre viene la culpa y el intento de restituirlo a través de una imagen, estandarte del clan, que sería el tótem. En este momento se iniciarían las religiones y se cristalizaría filogenéticamente el superyó.
17. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
18. J. Strachey, "La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis".
19. J. Strachey, *op. cit.*
20. L. Eidelberg, *Encyclopaedia of Psychoanalysis*.
21. S. Ferenczi, *Stages in Development of the Sense of Reality*.

9. LOS MECANISMOS DE ADAPTACIÓN Y LAS FUNCIONES YOICAS

*Entre la idea y la realidad entre el movimiento y
la acción media la sombra.*

T. S. Eliot

De la misma forma que las especies animales encuentran mecanismos fisiológicos que permiten su supervivencia, el hombre, infinitamente más contradictorio y complejo, busca patrones biopsicológicos que le permitan manejar su relación consigo mismo y con los demás.

Las defensas fueron descritas por Freud¹ a lo largo del estudio de las neurosis; su sistematización ulterior fue efectuada por Anna Freud² en 1936. Posteriormente, se han descrito y se describen nuevas modalidades de defensa³ en la medida en que se profundiza el estudio psicoanalítico del ser humano.

Definición y función

Los mecanismos de adaptación o de defensa se pueden definir como procedimientos inconscientes intra e intersíquicos, de los cuales se vale el yo para:

1. Disminuir las tendencias opuestas de diferentes agencias de la personalidad.
2. Manejar la ansiedad resultante del conflicto intrapsíquico y sus repercusiones en relación con los demás.
3. Disminuir las frustraciones.
4. Preservar la autoestima.

5. Adaptarse a la realidad, e incluso modificarla y hacerla más tolerable.

Los patrones de modificación pueden ser *autoplásticos*, cuando mediante ellos se intenta hacer un cambio en el yo. Así, por ejemplo, la defensa hipocondríaca, la parálisis debida a la conversión, las alucinaciones de destrucción de la imagen corporal o el cambio logrado por una persona, mediante la introspección y la maduración, corresponden a modalidades autoplásticas de intentos de transformación. Estos intentos de modificación pueden ser también *aloplásticos*, cuando a través de ellos se intenta corregir el mundo circundante, como sucede en las alucinaciones auditivas, los delirios de influencia que las respaldan o en los intentos válidos que, en un momento determinado, hace una persona para rectificar una situación social que considera injusta.

En realidad cualquier cambio interno supone una modificación en la forma de relacionarse con los objetos externos y el mundo, y cualquier modificación externa se acompaña inevitablemente de cambios intrapsíquicos. Se trata, pues, de la predominancia de una u otra modalidad.

Todos los mecanismos que se van a estudiar pueden ser adaptativos, defensivos a nivel neurótico o francamente patológicos a escala psicótica, con la única excepción de la sublimación que, por definición, es siempre adaptativa.

Ningún mecanismo es patológico en sí mismo y ninguno se utiliza aisladamente. Lo adaptativo o lo defensivo depende de:

1. *La masividad* con que se emplee. Por ejemplo, la proyección es una forma de encontrar el mundo. Si su uso rebasa las capacidades del yo se rompe cualquier posibilidad de distinguir el adentro del afuera (*reality testing*).

2. *La estereotipación*, que se refiere a mecanismos o a grupos de mecanismos. De esta forma, el niño apela, frente a la problemática que le plantea su relación con la pareja de los padres, al conjunto de mecanismos que estructura la defensa fóbica normal y fisiológica, en este momento de su existencia. A medida que el yo se fortalece, estas defensas se ven complementadas, enriquecidas y/o cambiadas por soluciones adaptativas diferentes. Sin embargo, si

el niño no logra enriquecer su reservorio de mecanismos y las diferentes combinaciones de estos, el resultado será la respuesta fóbica estereotipada frente a los problemas vitales.

3. *La especificidad*, o sea, el que la persona madura y como tal creativa confronta situaciones nuevas con soluciones que si bien y, como es obvio, están teñidas por las vivencias de su propio pasado, tienen algo de nuevo que corresponde a la nueva situación. El neurótico o el psicótico responden al presente como si fuera el pasado, sin poder ubicar la calidad de lo nuevo en forma indiscriminada, poco precisa y obsoleta. El paciente vivencia y se comporta frente a las figuras de autoridad como si fuera un niño desvalido en un mundo de adultos gigantes. Mientras más sano un ser humano, mayor la riqueza de mecanismos que puede movilizar en un momento dado.

Los mecanismos adaptativos, o de defensa, actúan en forma inconsciente y automática para intentar resolver problemas emocionales; es decir, la persona no se da cuenta de que los emplea, y si es parcialmente consciente de que lo hace, intelectualiza y niega esta situación en forma tal que no puede cambiar sus comportamientos aun cuando reconozca algo de ellos racionalmente.

Metapsicológicamente, los mecanismos adaptativos corresponden a funciones del yo inconsciente, en el contexto del criterio estructural. Desde el punto de vista topográfico-sistémico se movilizan sobre la base de condensaciones y desplazamientos; no están gobernados, empero, por el proceso primario; es decir, su sistema operativo es híbrido.

La defensa, como lo señala Van der Leeuw⁴, se conceptualiza en sucesión como:

1. Una función
2. Anticategorías (contracargas)
3. Un mecanismo.
4. Una organización defensiva.
5. En su relación con la adaptación y el desarrollo.

Represión

La represión es el mecanismo básico de defensa. Se puede definir:

1. Desde el punto de vista descriptivo-dinámico, la represión se refiere a un conjunto de operaciones defensivas por las cuales una serie de impulsos instintivos, anhelos, tendencias, pensamientos, fantasías o ideas, que serían inaceptables para las agencias censoras de la personalidad⁵, son o bien expulsadas de la conciencia —*represión secundaria* o *represión propiamente dicha*—, o su acceso a la conciencia se ve bloqueado —*represión primaria*.

Freud⁶ determina la diferencia entre la represión primaria y la secundaria con este ejemplo: en medio de una fiesta, un invitado puede embriagarse y es necesario echarlo de la casa (represión secundaria), o bien, simplemente, se le niega el acceso (represión primaria).

En estos términos, el concepto de represión primaria se utiliza en dos sentidos:

— Para hacer referencia a contenidos que jamás se han hecho conscientes, sea porque por sus características primitivas no han sido “traducidas” en el sistema preconscious al lenguaje del proceso secundario, o por su impacto emocional adverso.

— Se refiere también a la fuerza del “arrastre” que el inconsciente ejerce sobre los contenidos más superficiales.

2. La represión implica, desde el punto de vista afectivo, que algo que fue placentero se transforme en displacentero.

3. Desde el punto de vista topográfico, la represión es un conjunto de procesos mediante los cuales el yo retira las catexias de objetos o situaciones a nivel de percepción-conciencia (Prec-Cs), es decir, retira de estos objetos o situaciones la atención.

Se utilizará el término represión como sinónimo de defensa.

Lo reprimido es expulsado de la conciencia, pero esto no significa que desaparezca. A nivel inconsciente conserva su fuerza dinámica, agigantada por lo fantasmagórico; se liga con otras ideas e impulsos, configurando los llamados “complejos autóctonos” (ver p. 41) que intentan continuamente abrirse paso a la superficie, lo cual logran en forma indirecta y parcial a través de la acción del yo (gran compromisorio de la personalidad), y mediante *lapsus*, tics, rasgos de carácter, sueños, síntomas, etc.

La neurosis y la psicosis no son el resultado de la represión. *Son el fruto de su fracaso relativo.* Si la represión fuera totalmente exitosa no se podría conocer nada de la vida psíquica, de la misma forma que no se puede conocer nada de lo que configura una estructura monolítica cualquiera, a no ser que existan grietas y fisuras a través de las cuales se las pueda observar. A lo largo de su obra, Freud cita tan sólo un caso de represión exitosa⁷ que se relaciona con la tercera fase de la gestación de la neurosis obsesivo-compulsiva, fase que sigue al llamado "periodo libre de moralidad" y a la maduración sexual infantil, y cuya duración es relativamente corta.

En la neurosis, la represión demasiado intensa tiende a aplastar el contacto entre los sistemas y, por lo tanto, la fantasía, las posibilidades de comunicación del ser humano consigo mismo y con los demás, empobreciendo en muchos aspectos la circunstancia vital.

Por esta razón, el psicoanálisis y las terapias psicoanalíticas estimulan la comunicación y la utilizan como su herramienta central. Al respecto, así canta Atahualpa Yupanqui:

*Le tengo rabia al silencio, por lo mucho que perdí
que no se quede callado quien quiera vivir feliz...*

*Hay silencio en mi guitarra cuando canto el yarabí
y lo mejor de mi canto se queda dentro de mí...*

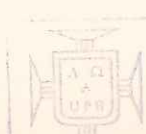
En la esquizofrenia, el fenómeno es diferente en el sentido de que las barreras entre los sistemas, aplastantes en las neurosis, estallan y se desvanecen de forma que la personalidad, invadida por el proceso primario, se fractura. El neurótico no conoce sus contenidos por la capa defensiva de simbolizaciones; el esquizofrénico los conoce a través de fragmentos aislados e inconexos de su destruida personalidad.

El proceso de maduración, visto desde la perspectiva limitada de la represión en la obra de arte o en la psicoterapia, reside, en gran parte, en el aumento de la permeabilidad, de la fluidez y del libre paso entre los sistemas; de allí que parte del objetivo terapéutico consiste en aumentar este interjuego, en una forma económicamente regulada que no inunde al yo.

El concepto de represión es equivalente al de censura en los sueños y al de resistencia en el tratamiento psicoanalítico.

La defensa neurótica básica es de dos tipos:

1. La histérica, cuya característica es la masividad; se reprime



tanto la idea como el afecto. De esta forma, el histérico presenta una ausencia de memoria global; no recuerda casi nada de sus primeros años de vida o de situaciones que le son dolorosas porque, y vale la pena resaltarlo, *la represión es particularmente activa en la culminación del desarrollo sexual infantil. Su acción, empero, no se detiene y continúa activa a lo largo de la existencia.*

2. La obsesiva, llamada aislamiento, en la que o bien se reprime el afecto y la idea se mantiene en la conciencia, o se reprime la idea y el afecto se mantiene consciente, o bien tanto la idea como el afecto persisten a nivel consciente, pero se rompe entre ellos el eslabón de causalidad. Así, por ejemplo, un paciente obsesivo puede haber cometido o fantaseado actos que lo hacen sentir extremadamente culpable; no relacionará, sin embargo, el afecto culpa con dichos actos sino que tiende a ligarla más bien con situaciones banales, como el haber pasado por alto algún detalle trivial, o como el haber dejado encendida la luz, con el consiguiente gasto innecesario que esto implica.

La represión es el mecanismo de defensa básico y el papel de los otros mecanismos es el de reforzarlo.

Algunos autores⁸ distinguen entre represión como mecanismo adaptativo inconsciente, y supresión, en la que se hace un esfuerzo consciente para expulsar algo de la conciencia y, por lo tanto, no se considera, en el sentido estricto, mecanismo de defensa.

La represión tiene, por otra parte, utilidades importantes para el yo: permite la diferenciación entre inconsciente, preconsciente y consciente, gracias a la cual pueden seleccionarse estímulos que de otra manera serían caóticos. La atención y la memoria consisten en gran parte, desde el punto de vista dinámico, en la alternancia de hiper e hipocatectizaciones que, en un momento dado, posibilitan el predominio de energía fija o su movilización.

Desde el punto de vista social, la represión hace posible cualquier tipo de organización comunitaria en la medida en que, para que ésta exista, se requiere una renuncia importante de los fines instintivos individuales. Freud fue consistentemente pesimista en lo que concierne a las probabilidades de realización individual frente a las estructuras sociales organizadas⁹. Esta tesis es discutida por algunos autores de orientación psicoanalítica social y de encomiable optimismo, entre ellos Marcuse¹⁰, quien considera que en una organización socialista, planifi-

cada y tecnificada, la automatización facilitaría el que el trabajo individual fuese menos absorbente y aplastante y las oportunidades y potencialidades para el ocio fuesen mayores y, por lo tanto, aumentasen la realización individual, la vida genital y la sublimación.

Proyección

La proyección se refiere a un conjunto de maniobras inconscientes por medio de las cuales el yo externaliza, atribuye e imputa a otros características de sí mismo.

La proyección suele calificarse como patológica *a priori*, lo cual, además de ser erróneo, "reifica" el concepto y lo reduce a la enfermedad. La proyección toma parte activa en la estructuración del yo (ver p. 129), mediante el ubicar en el afuera lo que se siente como displacentero, para configurar la frontera entre el yo y el no-yo.

Asimismo, gracias a la proyección se produce el encuentro con el mundo. Sólo se puede hallar en el afuera algo de lo que se ha puesto de sí mismo. El mecanismo da pie también para darse a conocer y mostrar lo propio. Así, en la creación artística, el pintor o el escritor plasman su conflictiva, sus deseos, sus frustraciones o sus ilusiones, sin que esto explique, por supuesto, la producción creativa en su totalidad.

No existe proyección sin identificación y no puede haber identificación sin proyección; son procesos simultáneos y complementarios. Lo que se proyecta se hace sobre alguna característica que el propio yo ha depositado en el objeto de la proyección; a su vez, éste tiene alguna característica que propicia el fenómeno. Por ejemplo, el niño considera en un momento dado a su niñera como una bruja, pues ha depositado en ella su propia sensación de maldad, y utiliza para ello un rasgo físico o una característica psicológica, tales como una nariz ganchuda para personificar la figura de la bruja, el tono áspero de la voz o un castigo inevitablemente sentido como inmerecido.

Al nivel defensivo, la base económico-instintiva de la proyección está dada porque al transformar los estímulos internos en externos, se suponen posibilidades de manejo más fácil por medio de la huida.

El paciente neurótico proyecta sus sentimientos de inferioridad, de malevolencia o de exclusión, de manera que los experimenta como si provinieran de los otros hacia él. Freud¹¹ considera que la proyección constituye uno de los determinantes básicos del delirio paranoide en el sentido específico en que el paranoide se defiende de la homosexualidad mediante lo persecutorio. La secuencia sería como sigue:

1. El paciente siente que ama a otro de su mismo sexo ("yo lo amo"). Tanto por aumento de la instintividad homosexual como por su yo rígido, que califica cualquier sentimiento cariñoso como homosexual, el paciente pasaría, entonces, a una segunda manobra defensiva.

2. Por la "formación reactiva", el amor se convierte en odio ("yo lo odio").

3. A través de la proyección, el paciente invierte la premisa expuesta. El "yo lo amo" y el "yo lo odio" permanecen en el inconsciente, detenidos por la represión; el paciente proyecta su homosexualidad y su odio a sí mismo; el producto resultante, que es el vivenciado conscientemente, corresponde a los sentimientos de persecución paranoide: "él me odia y me persigue activamente".

Hoy en día se hace énfasis en la doble dirección del fenómeno; o sea que la paranoia es una defensa contra la homosexualidad latente, empero, y como lo destaca Rosenfeld¹², la homosexualidad puede ser una defensa contra la psicosis. Así, por ejemplo, el paciente joven, que va rumbo a la esquizofrenia y cuyo mundo interno se está convirtiendo en un desierto, se aferra desesperadamente a cualquier relación interpersonal para intentar huir de la aplastante sensación de soledad. Frecuentemente este tipo de relación es homosexual.

En la psicosis, el procedimiento alcanza tal masividad que el enfermo destruye su propia "prueba de realidad", con la consiguiente producción de fenómenos patológicos de tipo alucinatorio, a nivel de la sensopercepción, e ideas delirantes, en el contenido del pensamiento. El resultado de esta utilización excesiva de la proyección es que el yo se empobrece y, si bien se delegan las responsabilidades con el sí mismo, se renuncia también a los privilegios toda vez que son los otros quienes, en menor grado en las neurosis y en proporción mucho mayor en la psicosis, manejan el propio destino.

Así concebida la proyección, tiene otro resultado: la persona refleja "el sí mismo" en el mundo, y espera una "respuesta en espejo" a lo proyectado, lo cual será más notorio mientras más inmaduro sea. *Esto constituye la esencia de la simetría narcisística*, presente siempre en el neurótico y abrumadoramente llamativa en el esquizofrénico. El individuo siente cualquier esbozo de independencia en las relaciones objetales en términos de desilusión, fracaso y traición. El otro existe tan sólo

como un reflejo de sí mismo y cualquier grieta que no corresponda a la expectativa proyectada, destruye la relación.

Para Anna Freud¹³, “la proyección y, por lo tanto, la introyección, son métodos que dependen de la diferenciación entre el ego y el mundo exterior. La expulsión de ideas o de afectos del yo y su destierro al mundo exterior serían un alivio para el yo, tan sólo cuando ha aprendido a distinguirse de ese mundo” (p. 129). O sea que para Anna Freud la proyección (determinada por la represión) es un mecanismo relativamente tardío y los más tempranos son algunos de los que se relacionan más directamente con las vicisitudes de los instintos (transformación en lo contrario y vuelta contra sí mismo).

Identificación proyectiva

Para Klein¹⁴, en cambio, el interjuego entre proyección e introyección tempranas determina la formación del yo.

Klein explicita y profundiza la interacción continua entre introyección y proyección mediante la postulación de un mecanismo que denomina “identificación proyectiva”, destinado inicialmente a la evacuación fugitiva de las ansiedades determinadas por el instinto de muerte, cuyo derivado más directo se llama “envidia”. La identificación proyectiva implica:

1. Masividad.

2. Invasión física *dentro* del objeto; vale decir, el bebé introduce sus ansiedades en el interior de la madre con fines evacuativos, sea para destruir o para conocer y aliarse a lo creativo. Esta calidad física de la identificación proyectiva se puede observar en ocasiones en que un paciente deja en el terapeuta una sensación de vacío visceral, vértigo, malestar, etc., o en cualquier situación de intercambio humano, en la que el impacto producido por una persona deja en la otra, después de una conversación, una impresión vivida a nivel somático, de malestar intrusivo.

3. Identificación con los rasgos ubicados en el objeto al cual se impele a actuar, de acuerdo con lo proyectado. Sería el caso de un paciente con ideas delirantes de persecución que provoca inconscientemente en otros, a través de sus actitudes preverbales y de lo que dice, un rechazo activo, real y tangible que se convierte,

entonces, en el núcleo que refuerza su delirio. Así, pues, la identificación proyectiva es una forma de convertir en realidades las ideas delirantes del psicótico o las fantasías del neurótico.

4. Tal y como sucede con la proyección, mientras más se utilicen identificaciones proyectivas hay menos discriminación e independencia de los objetos¹⁵, que devienen meros receptores de evacuaciones, y más se construye un mundo en espejo.

5. Por otra parte, la identificación proyectiva es un orden, así sea artificial, que permite emerger de un mundo confusional primitivo o de las situaciones de confusión que se presentan a lo largo de la vida. Cumple en este aspecto un papel adaptativo.

Racionalización

La racionalización corresponde a un conjunto de maniobras defensivas por medio de las cuales el yo justifica y busca encontrar términos conceptuales para tendencias, impulsos instintivos y anhelos que o bien serían intolerables para las agencias censoras, o corresponden a vivencias tempranas que requieren ligarse a la expresión simbólica.

La racionalización, pues, se refiere tanto a procesos adaptativos como defensivos. Puede relacionarse con temores para los cuales se busca una explicación intelectual que disfraze lo rechazado o perseguir la expresión de lo querido y anhelado.

Desde el momento mismo de su nacimiento, y a lo largo de la existencia, el ser humano está sujeto a vivencias difíciles de traducir a palabras. La comunicación entre el bebé y la madre, en el comienzo de la vida, es básicamente preverbal y se efectúa mediante la empatía. Bión¹⁶ considera que es la madre, por la función que denomina *reverie*, quien asume la misión del pensar por el niño, función que éste introyecta paulatinamente a medida que avanza en el proceso del desarrollo.

Freud¹⁷ en la *Introducción al psicoanálisis* menciona el caso de un niño que, asustado en la oscuridad, gritaba: "Háblame tía, estoy aterrorizado", a lo cual respondió ésta: "Y qué sacarás, no me puedes ver". Replicó el niño: "Si me hablas se ilumina".

Eventualmente se establece la represión y con ella la diferenciación entre los sistemas. Desde el punto de vista psicoanalítico, para que se produzca el pensamiento conceptual es necesario que la energía que proviene del inconsciente se ligue a los conceptos y símbolos que se

estructuran en el preconscious; vale decir, simbolización y racionalización están estrechamente relacionados. Esto implica inevitablemente que la expresión y la comunicación de los derivados de los instintos, de las fantasías que los acompañan, de los afectos, de las frustraciones y de las vivencias de la enfermedad orgánica, se explicitan en metáforas.

Susan Sontag¹⁸ critica acerbamente este enfoque en relación con la patología orgánica por considerar que la enfermedad no es una metáfora y que "la forma más sana de estar enfermo" es la más purificada, "la más resistente al pensamiento metafórico". La enfermedad, sea predominantemente psíquica o predominantemente orgánica no es, por supuesto, una metáfora¹⁹, pero tan sólo es abordable desde un punto de vista psíquico-vivencial a través de las metáforas. Una de las fallas fundamentales en la construcción y comunicación del pensamiento neurótico y obviamente del pensamiento psicótico, reside en la falta de adecuación entre el derivado del instinto, el afecto y la palabra que los conceptualiza. El psicoanalista se ve abocado a un relato equiparable a una película cuyo argumento visual no corresponde a los parlamentos que recitan los actores ni el trasfondo musical. Psicoanalista y paciente no eliminan las racionalizaciones en su trabajo conjunto. El analista ayuda a que el paciente reemplace racionalizaciones muy distorsionadas por otras menos deformadas, que integran más el diálogo y el afecto y que se acercan más a las realidades del paciente, sin que jamás se pueda aspirar a una verdad absoluta.

En la esquizofrenia, la racionalización patológica presenta matices interesantes. Inicialmente el paciente se encuentra aterrorizado, perplejo frente a experiencias caóticas de fragmentación yoica. La persecución, en este estado, es inexplicable y, por lo tanto, inabordable, con el viso terrorífico de lo desconocido. En una fase ulterior, que se puede llamar de *pseudoin sight* o pseudointrospección psicótica, el paciente parece más tranquilo. Más juntando artificialmente las piezas del rompecabezas, y obtiene así, por el uso combinado de proyección-racionalización, una especie, poco envidiable de alivio²⁰. En forma similar, aunque en un contexto evolutivo y no regresivo, el niño de tres o cuatro años al sentir angustia o un miedo que desconoce, apela a figuras que le infunden temor pero cuya nominación lo tranquiliza.

Compensación

Corresponde a un grupo de mecanismos adaptativos inconscientes por medio de los cuales el yo desarrolla cualidades opuestas a

deficiencias que pueden ser reales o fantaseadas, y que en verdad son siempre reales y fantaseadas, dado que no hay fantasía que no se apoye en un núcleo de realidad, por mínimo que sea, y no existe situación externa alguna que no se acompañe de algún tipo de fantasía.

El niño resarce el sentimiento de inferioridad que le produce su pene pequeño (representante en un momento dado de toda la personalidad), mediante fantasías en las cuales es un gigante, desprovisto de cualquier cosa parecida al temor y que despierta admiración y aun miedo en los adultos que lo rodean. La mujer que se siente fea apela, por ejemplo, automática e inconscientemente a desarrollar los atributos intelectuales y, en cierto sentido, hace mal, puesto que acepta un clivaje entre su figura y su actividad intelectual. El neurótico compensa sus sentimientos de inferioridad a través de modales imperativos, actitudes hoscas y, por supuesto, mediante fantasías vindicatorias en las que somete y domina, tal y como se siente dominado y sometido.

Don Juan y Casanova, según anotan sus biógrafos, en quienes por lo demás no se puede descartar un cierto componente envidioso, parecerían compensar temores a la impotencia y homosexualidad latentes. Asimismo los grandes destructores de montañas tales como Gengis Kan, Alejandro Magno o Hitler pueden haber indemnizado sus componentes de subvaloración propia, sin que esto explique la totalidad de una biografía histórica compleja. En el caso concreto de Hitler, parece haber evidencias de una actividad sexual caracterizada por perversiones masoquistas²¹.

En la psicosis, la compensación rebasa las capacidades del yo y se denomina, entonces, sobrecompensación²². El paciente hospitalizado niega lo triste de su condición, a veces, mísera, mediante el sentirse, por ejemplo, un potentado.

Formación reactiva

La formación reactiva corresponde a un grupo de procedimientos adaptativos y/o defensivos²³ por los cuales el yo desarrolla rasgos de carácter, impulsos instintivos y formas de ser directamente opuestos a rasgos de carácter, impulsos instintivos y formas de ser y actuar reprimidos por inaceptables para las agencias censoras.

La formación reactiva equivale a reprimir y mostrar el reverso de la moneda. Presenta siempre un elemento de exageración que constituye una huella delatora de su carácter defensivo. Así, por ejemplo, la madre que no resiste el menor pensamiento de hostilidad hacia su hijo,

lo sobreprotege con la utilización de la formación reactiva. Pero la sobreprotección no equivale al amor y revela algo de su origen agresivo. El hombre con tendencias paranoides, que tiene que reprimir cualquier manifestación de ternura o de amistad por considerarlas rasgos femeninos, traiciona, al comportarse en forma machista, la real intensidad de su naturaleza bisexual.

El exceso de limpieza y orden del obsesivo deja ver la atracción que sobre él ejercen la suciedad y el caos.

La formación reactiva y la compensación tienen estrechos puntos de contacto; sin embargo, se diferencian en que, mientras en la compensación la deficiencia vivenciada puede balancearse por diferentes canales, en la formación reactiva la fantasía, el pensamiento, el rasgo de carácter o la actuación son directamente opuestos a lo reprimido.

Sublimación

La sublimación corresponde a un mecanismo inconsciente de adaptación por medio del cual el yo canaliza y refina derivados instintivos, ideas, intereses y pensamientos, hacia fines personal y socialmente aceptables. Se había dicho ya (ver p. 136) que para Freud la sublimación es el único mecanismo que nunca puede considerarse patológico dado que en tanto todos los demás procedimientos defensivos inconscientes implican un represamiento o una desviación de la corriente instintiva, esta desviación no se produce en la sublimación. La corriente instintiva se inhibe en el fin pero continúa por el mismo cauce, dirigida hacia un objeto igual o similar al original y necesariamente enriquece al yo.

En el complejo de Edipo, el niño renuncia a la sexualidad fálica con su madre pero, al inhibir el fin instintivo y convertir el impulso erótico en ternura, la recupera para sí. El niño que fisgonea lo que sus padres hacen cuando se encierran puede aprovechar la curiosidad sexual infantil y pulirla, para convertirse así en un investigador cuidadoso. Es interesante observar cómo se desarrolla la sublimación de lo anal a través de su estimulación pedagógica: el niño juega con su materia fecal y se embadurna con ella hasta que el asco personal y las prohibiciones sociales se lo impiden. Al llegar al jardín de infantes se lo impulsa a jugar más bien en el arenero; a la par se le proporciona plastilina y posteriormente arcilla, pintura digital, témperas y crayolas, elementos estos con que puede dar rienda suelta a su imaginación creativa. Eventualmente el niño dibujará, diseñará o esculpirá sin que,

tal como se ha visto en otros contextos, la sublimación agote la explicación de lo creativo.

"A través de la sublimación²⁴ el artista puede elaborar sus restos diurnos para compartirlos y estructurarlos en tal forma que lo prohibido no sea fácilmente reconocible; lo plasma en forma fiel a la fantasía; obtiene tanto monto de placer que prácticamente derrumba la represión; logra que los demás deriven alivio y consuelo de sus propias fuentes inconscientes de placer bloqueadas por la represión y además de esto consigue, a través de su fantasía y en la realidad externa, lo que originalmente había encontrado solamente en su fantasía: honores, poder y el amor de las mujeres."

En esta cita de Freud, se ve que en la sublimación confluyen el placer instintivo individual refinado y el aporte al medio; de allí que, parcialmente, la sublimación dependa de la respuesta social.

Esto no significa que la sublimación se limite a la obra de arte universalmente reconocida, o que tan sólo se refiera a la creación artística. La agresividad, por ejemplo, se puede sublimar mediante el ejercicio competitivo, y el enriquecimiento intelectual individual lleva en sí la semilla de la sublimación. El mecanismo implica, sin embargo, creatividad activa y realización.

Se sostiene, a veces, que la patología es un prerequisite de la verdadera creación sublimada, pero no hay tal. El conflicto puede resolverse a través de la enfermedad o mediante la sublimación. En este sentido, la afirmación de Thomas Mann, por boca de Hans Castorp, en la *Montaña mágica*, "la enfermedad hace al hombre fino, inteligente y personal" no parece válida. La enfermedad estereotipa y la sublimación corresponde más bien al intento de reconstruirse y de salir del mundo de lo patológico.

Para Freud, lo sublimable se refiere a la sexualidad oral, anal, fálica y, en general, a lo pregenital y lo agresivo. Freud considera que *lo genital adulto no es sublimable*. Esto, por supuesto, no implica que una persona que haya optado por la castidad al servicio de un ideal religioso, por ejemplo, sea un enfermo. Su equilibrio, a veces muy sólido, estaría basado en compensaciones adaptativas y en el fenómeno de la fe, que ciertamente va más allá de una explicación psicológica.

Por otra parte, hay pasajes de los místicos (y es bueno aclarar que

el número de estos no es exactamente excesivo) en los que parece traslucirse una verdadera sublimación genital.

El concepto de neutralización representa para Freud²⁵ una especie de sublimación; y Hartmann²⁶ lo sopesa como sinónimo de ésta. El planteamiento se refiere a que con la maduración y el desarrollo del aparato psíquico se produce una desagresivización y des-sexualización de los impulsos agresivos y libidinales cuya energía puede ponerse, entonces, al servicio del yo.

La neutralización puede considerarse como el precursor económico de la sublimación.

Desde otra perspectiva, Klein²⁷ denomina "posición depresiva" al conjunto de los procesos integrativos, que considera se llevan a cabo alrededor del sexto mes de la vida del niño, y que se alternan a lo largo de la existencia con fenómenos de orden menos estructurador, en un perpetuo interjuego dinámico.

La posición depresiva implica que el yo cae en la cuenta de que ha dañado el objeto dotado de características de bondad y capacidad de síntesis. Y, al comprender esto, hace un intento genuino de recomponer lo que ha estropeado. Este mecanismo, que Klein llama *reparación*, constituye, igualmente en su sentir, uno de los elementos básicos de la posibilidad de rescatarse mediante la conquista de la relación objetal. Melanie Klein profundiza las posibilidades de la sublimación desde el punto de vista de las relaciones interpersonales más profundas. La reparación correspondería a una concepción más íntima y podría decirse de cámara, frente a la orquestal que entraña la sublimación.

Si la neutralización es el precursor económico de la sublimación, la reparación constituye su complemento objetal.

Conversión

La conversión corresponde a un grupo de maniobras inconscientes adaptativas y defensivas, con que el yo altera o paraliza una función somática para intentar expresar o resolver conflictos emocionales.

La conversión hace parte de una serie de movimientos de fantasías, pensamientos y emociones que van en la vía que conduce de lo que llamamos psíquico a aquello que denominamos somático y que se conoce como somatizaciones.

Tomada en su sentido más delimitado, la conversión implica una problemática que se plantea cuando el niño ha llegado al proceso de triangulación característico de la etapa edípica, toda vez que, en este

momento, puede ya utilizar la dramatización simbólica que se condensa en el síntoma conversivo histérico (ver p. 74).

Freud²⁸ hace hincapié tanto en la interrelación continua entre lo psíquico y lo somático, como en lo que concierne a la conversión. En el caso clínico de la paciente que llamó Dora, anota: "En cuanto al cuestionamiento que con tanta frecuencia se hace sobre si los síntomas de la histeria son de origen psíquico o somático... las alternativas no contemplan la esencia real del asunto. Hasta donde puedo ver, todo síntoma histérico implica la participación de ambos."

Plantea, entonces, el fenómeno que denomina *complacencia somática* por medio del cual la conversión (y, por extensión, cualquier fenómeno que recorra el camino de lo llamado psíquico a lo llamado somático) irrumpe en órganos, miembros o funciones frágiles, desde el punto de vista genético-constitucional, o más quebradizos por enfermedades orgánicas adquiridas. Así, por ejemplo, entre los múltiples motivos para que un paciente elija una ceguera histérica o una parálisis conversiva, habría que tener en cuenta la vulnerabilidad de la visión o la debilidad relativa de los miembros que se paralizan.

La complacencia somática implica debilidad orgánica en la vía que lleva de lo psíquico a lo somático. El fenómeno, sin embargo, es de doble corriente y es posible plantearlo también en términos de lo que se podría denominar *complacencia emocional*; vale decir, también los síntomas orgánicos buscan y se acompañan de concomitantes emocionales derivados de la historia personal y de la manera particular de ser del paciente, en un momento dado.

Así, el cáncer de seno parece acompañarse de una estructura de personalidad que presenta ciertos conflictos específicos y rasgos peculiares^{29 30}

Un paciente que acaba de enviudar acude a la consulta remitido por un médico general, quien le ha practicado un muy cuidadoso examen porque presenta una afonía intermitente. Su voz se desvanece en los momentos en que se refiere a su mujer muerta, a quien solía gritar fuerte y frecuentemente. Se interpreta en términos de que la afonía se relaciona con los gritos y que, en cierto sentido, es una manifestación de culpa. Dos días más tarde el paciente hace un accidente cerebrovascular que afecta las áreas corticales del lenguaje. Es evidente que la intermitencia de la afonía guardaba relación con episodios de isquemia recurrente, precursores de su trombosis. Persiste el hecho de que se hacía más intensa cuando sus fantasías, pensamientos y emociones se dirigían a la figura de su mujer. Mejor dicho, el signo, isquemia, buscaba el área

psíquicamente más débil, como parte de su proceso expresivo somatopsicológico.

Como ya se dijo (ver p. 74), el síntoma conversivo condensa el conflicto y, en muchos casos, representa la personalidad toda, escindida y mantenida a raya a través de la disociación.

Disociación

El concepto de disociación tiene varias connotaciones:

1. Se refiere a un grupo de mecanismos inconscientes de defensa, a través de los cuales la personalidad se divide en partes que no se vivencian como relacionadas entre sí, que se alternan para representar el todo durante periodos breves y que se encuadran dentro de los síntomas de la histeria de disociación. Corresponden, por ejemplo, a las denominadas "personalidades múltiples".

2. Se relaciona con grupos de maniobras defensivas inconscientes, a través de las cuales se separan una idea, un objeto o una situación entre sí, o del afecto que les corresponde. La manifestación más dramática de este tipo de suceso se evidencia en la llamada disociación ideoafectiva del paciente esquizofrénico (ver p. 89), cuyo trasfondo metapsicológico corresponde a que la palabra queda desconectada del objeto y del afecto. Otras manifestaciones de este mecanismo se observan en el niño, por ejemplo, cuando adjudica a figuras tales como brujas o madrastras los aspectos negativos que no puede concebir como propios de su madre. En el obsesivo, a esta disociación se la llama *aislamiento* y constituye la defensa básica mediante la cual siente el afecto pero reprime la idea, conserva el concepto pero reprime la emoción o, a pesar de tenerlos ambos conscientes, no consigue ligarlos.

3. Freud^{31 32} se refiere a la disociación-escisión (*splitting*) del yo en los procesos defensivos. Utiliza para ello el ejemplo del fetichista que, a través de la renegación (*disavowal*) y el desplazamiento, consigue negar, a un nivel, que la mujer carece de pene (lo cual constituiría una amenaza de castración para él mismo), en tanto que lo acepta a otro nivel. El fetichista efectúa esta manipulación defensiva sin fracturar masivamente su personalidad, como sí ocurre en la disociación más grave del esquizofrénico.

Freud, al plantear la disociación pone el acento en el yo, lo cual, por supuesto, implica objetos, en tanto que el énfasis en la escisión, estudiada por Klein³³, está ubicado en el objeto, lo que necesariamente involucra las funciones del yo. Para Klein, el niño, frente a la percepción de lo que ella denomina envidia (derivado más directo del instinto de muerte), divide el objeto en uno sentido como totalmente bueno, resultado de su gratificación proyectada, y otro, monolíticamente malo, que es la consecuencia de la proyección de la frustración envidiosa. La escisión constituye uno de los mecanismos básicos de lo que Klein llama posición esquizoparanoide.

Desplazamiento

La vida psíquica inconsciente, en tanto que existe aislada para su estudio, se rige por desplazamientos y condensaciones más masivas mientras más predomine el proceso primario. En este aspecto, todas las relaciones objetales y todo el manejo de los derivados instintivos corresponden a desplazamientos.

Como mecanismo de defensa se refiere a maniobras por medio de las cuales el yo externaliza en situaciones y objetos del afuera simbólicamente escogidos, una gama de situaciones internas con fines de manejo adaptativo y defensivo. Constituye, conjuntamente con la evitación, uno de los mecanismos de la fobia.

Evitación

La evitación corresponde a un conjunto de maniobras defensivas mediante las cuales el yo elude objetos o situaciones, que simbólicamente plasman en el afuera los temores del adentro.

Simbolización

La simbolización se refiere a mecanismos inconscientes mediante los cuales el yo representa un objeto o una situación por la utilización de otros objetos o situaciones, con fines defensivos, adaptativos o creativos. La simbolización constituye una de las funciones básicas del yo y por intermedio suyo se crea el pensamiento abstracto. Klein³⁴ y Milner³⁵ señalan cómo a partir de la ecuación simbólica, en la que el símbolo es igual a lo simbolizado, el niño desarrolla paulatinamente, a través de la

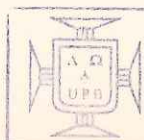
introyección y el fortalecimiento del objeto bueno introyectado, la capacidad para poner distancia entre el significante y el significado.

El símbolo se estructura en virtud del eslabonamiento producido entre la energía que proviene del inconsciente y las palabras y conceptos originados en el preconscious. Así, la simbolización junto con la racionalización configuran el yo, pero a su vez, devienen una consecuencia de la estructuración de éste, ya que para que haya pensamientos o conceptos globales se requiere la diferenciación entre los sistemas, determinada por la represión.

La simbolización hace parte del trabajo del sueño o elaboración onírica y, si se hace énfasis en sus aspectos defensivos, constituye uno de los mecanismos más utilizados para la expresión neurótica o psicótica. Así, por ejemplo, el síntoma histérico representa, dramática y simbólicamente, la conflictiva del paciente. En la llamada "parálisis del escribano", el escritor o el periodista paraliza su brazo puesto que lo que va a expresar en sus cuartillas puede tener el significado inconsciente de una masturbación fecalizada y, por lo tanto, es sentida como sucia y prohibida.

El esquizofrénico apela a símbolos arcaicos y altamente individuales que se denominan paleosímbolos, que le impiden expresar lo que siente en forma que los demás entiendan lo que quiere decir; esto es lo que Sullivan llama "validez consensual". Si el énfasis radica en el símbolo como la construcción del pensamiento, el problema se puede plantear en forma diferente: la simbolización se destruye con la esquizofrenia y la tarea, nada fácil, residiría en el proceso de restitución del símbolo que metapsicológicamente corresponde al intento de reunificar la palabra y la cosa (representación inconsciente) o, en términos kleinianos, intentar estimular la relación con el objeto total; en otras palabras, volver a correlacionar significante y significado.

Como lo señala Rodrigué³⁶, inicialmente tanto el símbolo como el objeto evocan la misma respuesta emocional; el uno se confunde con el otro. En el caso de la representación simbólica existen un par de términos considerados por la persona como no iguales, pero que guardan una relación tal que uno de ellos (el símbolo) sugiere al otro o, para utilizar las palabras de Rodrigué, "lo conjura". Para Klein, la función simbólica tiene una primera finalidad en cuanto a elaborar y canalizar montos excesivos de angustia, pues concibe el mundo del lactante como grupos de símbolos ligados por ecuaciones arbitrarias y aparentemente sin sentido, pero que constituyen las raíces del desarrollo emocional-intelectual.



Universidad Pontificia
Bolivariana

BIBLIOTECA

Existen claves simbólicas que corresponden a lo que Freud³⁷ denomina "símbolos universales": rey=padre; reina=madre; cajón=vagina; volar=coito; casa=imagen corporal; culebra=penis; etc. Ahora bien, en el trabajo psicoterapéutico es necesario conocer estos símbolos universales a manera de una primera aproximación al lenguaje del paciente. Estos contenidos, empero, tienen que ser traducidos a un segundo lenguaje simbólico que es el que se da en el contexto de la relación psicoanalítica, y en cada momento de ella (ver capítulo 14).

Se había definido el yo y el superyó como grupos de identificaciones: "El decantado de las catexias correspondientes a relaciones de objeto abandonadas, vale decir, históricas y dirigidas hacia el sí mismo" (ver p. 123). En cierto sentido, en el paciente neurótico y en el psicótico los símbolos se cosifican como si, por así decirlo, se hubieran congelado y restablecieran la identidad entre significante y significado. El tratamiento psicoanalítico busca descongelarlos y volver a instaurar la distancia entre el símbolo y lo que representa; es decir, hacerlos vivos. A medida que una historia pierde su actualidad funcional se convierte en un símbolo; así, por ejemplo, antes del siglo XV la cirugía era ejercida con notable éxito por los barberos, quienes amarraban a sus desdichados pacientes a una columna blanca que, por supuesto, se salpicaba con sangre de la intervención. Ha pasado el tiempo y hoy en día la cirugía está en manos de especialistas infinitamente más calificados. La relación actual entre los barberos y las intervenciones quirúrgicas es más bien remota, pero el símbolo que los barberos colocan en la puerta de sus establecimientos es una columna blanca con franjas rojas, que recuerda la sangre de las operaciones.

Un ejemplo de combinación de defensas en el caso de las fobias infantiles

La teoría psicoanalítica clásica de las fobias infantiles ubica la génesis de éstas en la problemática edípica³⁸. El niño o la niña se ven confrontados a una serie de sentimientos encontrados frente a los padres, entre los cuales, y en forma muy especial, se destaca la rivalidad y el odio contra el progenitor del mismo sexo. Sin embargo, la situación no es tan simple. El niño varón siente rabia ante su padre que tiene el acceso sexual a la madre, y lo excluye; que representa la autoridad; que lo reprende, etc. Simultáneamente es el padre quien lo cuida, consiente y protege. Abocado a estos sentimientos contradictorios que su yo todavía frágil

no puede manejar bien, el niño apela a una serie de manipulaciones defensivas, que se pueden plantear en la siguiente secuencia:

- *Reprime* el odio que siente hacia el padre o, si se trata de la niña, la rabia dirigida a la madre.
- *Disocia* los afectos de rabia, odio y miedo de las figuras padre o madre.
- *Desplaza* los afectos negativos reprimidos y los ubica externamente en objetos o situaciones externas que suelen ser múltiples pero que pueden *condensarse* en una situación específica.
- *Simboliza* en el objeto o situación externa (oscuridad, brujas o la boca del caballo del pequeño Hans)³⁹ los sentimientos de terror.
- *Evita*, por lo tanto, la situación fóbica así configurada.

Negación

El conjunto de defensas y maniobras adaptativas y defensivas inconscientes que se agrupa bajo la denominación de negación puede entenderse en varios sentidos relacionados entre sí:

- Como una vía de acceso a través de lo negativo a los contenidos reprimidos⁴⁰. “La negación no existe en el inconsciente.” Cuando un paciente responde a un señalamiento del psicoanalista con un “no” demasiado vehemente, éste tiene una cierta garantía razonable de que ha dado en el clavo.
- Así como la represión defiende de los contenidos internos al borrarlos de la percepción-conciencia, la negación anula la percepción de eventos externos dolorosos para el yo. Constituye la esencia del rechazo de lo doloroso en el afuera. En el cuadro clínico que la psicopatología alemana denominaba *Amentia Alucinatoria* de Meynert, una madre cuyo hijo ha muerto, por ejemplo, continúa durante periodos muy prolongados viéndolo, mantiene conversaciones con él, cuida de sus necesidades, etc. En menor escala, la negación constituye una fase inevitable en el proceso de confrontar cualquier pérdida. El neurótico, dice Freud⁴¹,

no niega la realidad; intenta tan sólo ignorarla. El psicótico la niega y borra activamente y la reemplaza por otra realidad distinta, producto de sus propias proyecciones. Así, el paciente esquizofrénico *está* en el palacio que le pertenece o en el infierno que teme, en lugar del patio hospitalario.

— La fase maniaca de la psicosis maniaco-depresiva está estructurada dinámicamente para defender al yo de la depresión. De esta manera, por ejemplo, la fuga de ideas, síntoma cardinal de esta fase y que se describe como un pensamiento sin objetivo, si tiene una meta que es acelerar violentamente el pensamiento dirigido siempre hacia lo que Biswanger⁴² llama *Daseinsfreude* (alegría existencial), para evitar (negar) que se cuele cualquier idea intrusa que lleve en sí el peligro de la depresión. Se puede entender asimismo⁴³ que la euforia de la manía y el proceso autodestructivo de la depresión están destinados a obstaculizar la emergencia de las emociones más profundas, de la tristeza y la alegría verdaderas.

— Klein⁴⁴ describe lo que denomina defensas maniacas frente al dolor que supone la integración de la llamada posición depresiva. La resolución de lo depresivo que se logra por la reparación es un proceso doloroso y lento y, en este sentido, las defensas maniacas protegen al yo; sin embargo, si son demasiado intensas, interfieren severamente con el proceso de la maduración depresiva. Las defensas maniacas incluyen los mecanismos utilizados en la posición esquizoparanoide (escisión, identificación proyectiva, idealización), pero usados específicamente para evitar la composición depresiva. Su común denominador es la negación y se caracterizan por control, triunfo y desprecio por el objeto, destinados a defender de los sentimientos depresivos en cuanto a la valoración del objeto y el temor a perderlo. La negación así tomada, se relaciona con eventos mayores en la vida de un niño o de un paciente pero también se refiere a una serie de procesos vitales que tienen que ver con la respuesta del ser humano frente a situaciones de cambio. Todo cambio implica una reacción de duelo o de luto, normal, proporcional a la modificación que se vive. Así, una persona abandona una posición laboral a la que ha tomado cariño; *debería* sentir algo de tristeza a causa de este traslado, aunque se trate de un ascenso. La idea es que estos “microduelos” permiten, por así decirlo, despedirse de lo que se deja. Estos

“microlutos”, si se elaboran a la escala que les corresponde, permiten una adaptación mucho mejor a la nueva posición. Pero, por confusiones internas, la persona tiende más bien a sentir la necesidad de hacer como si las despedidas, frente a situaciones internas o externas, no son benéficas, con lo cual corre el peligro de que aquello que sería un proceso de duelo relativamente fácil, y predominantemente consciente, se torne en una situación fantasma, negada y, por lo tanto, agigantada.

Las celebraciones colectivas, tales como los carnavales, implican una negación masiva y frecuentemente necesaria del dolor de la vida cotidiana. Sin embargo, el carnaval pasa y la depresión se abre camino con más intensidad. Vinicius de Moraes ejemplifica este evento en forma particularmente acertada y bella en su poesía: *Tristeza nunca finalizas/la felicidad sí.*

— La negación es una forma de saber las cosas sin permitir que éstas jueguen en la esfera de lo que realmente cuenta. Se sabe, pero el conocimiento no alcanza el área de influencia que determina la acción. Un paciente puede conocer las motivaciones profundas de su propio comportamiento, pero esto no se integra. Freud⁴⁵ plantea en forma paulatina el paso del punto de vista topográfico al estructural (ver p. 62) cuando se da cuenta de que el paciente en virtud del trabajo psicoanalítico acepta las introspecciones, pero que éstas son negadas y anuladas por las defensas inconscientes del yo. De allí la necesidad del trabajo de elaboración (*working through*).

— Conjuntamente con la escisión del yo en los procesos defensivos⁴⁶, la negación permite que la personalidad vivencie situaciones contrapuestas y contradictorias sin que se desgarre psicóticamente. Freud denomina este mecanismo renegación (*disavowal*). Esto se ve con claridad en el fetichismo.

— En la enfermedad orgánica se evidencia, en forma bastante nítida, una secuencia por la que atraviesa el paciente, para llegar a vivir de una forma realista el suceso crítico acaecido y, por lo tanto, poder luchar. Esta sucesión comprende tres pasos básicos:

Negación. Ha sobrevivido, se siente eufórico; en cierto sentido, juega a que nada ha ocurrido.

Depresión. Se da cuenta cabal de que algo sí ha pasado. En

mayor o menor grado, jamás volverá a ser el mismo, trátase de una amputación quirúrgica, de una enfermedad metabólica crónica o un infarto del miocardio. Esta depresión, dolorosa como es, es *condición indispensable* y permite que el paciente haga el tránsito al paso siguiente.

Elaboración. En esta fase, el paciente ha aceptado en forma integrada su crisis vital. Puede, por lo tanto, reestructurar su campo de existencia. En el contexto de esta elaboración relacionada con la enfermedad orgánica, puede plantearse para el médico o para quien se ocupa del enfermo lo que constituye casi una regla de oro: *todo órgano amputado o función fisiológica perdida o vulnerada, se vivencia como si se refiriera a la pérdida objetual de un ser querido y, a la inversa, toda pérdida objetual, por muerte o abandono, se siente como si se perdieran narcisísticamente órganos y funciones del yo.*

— Finalmente la negación cumple una muy importante función adaptativa a todos los niveles. Anna Freud⁴⁷ describe, entre lo que denomina la evitación del displacer objetivo y del peligro objetivo, en el niño, los mecanismos que denomina negación en la fantasía y la negación en actos y palabras, cuyos fines básicos siempre y cuando no inunden al niño, se relacionan con la asimilación de la realidad.

El ser humano necesita negar aspectos de la realidad externa para sobrevivir, dormir, soñar o crear.

Los puntos expuestos no agotan los significados de la negación.

Condensación

La condensación corresponde, como ya se ha señalado, conjuntamente con el desplazamiento, la atemporalidad y la ausencia de contradicciones a la modalidad de funcionamiento del proceso primario (ver p. 48). En relación con mecanismos se define como grupo de maniobras adaptativas y defensivas, mediante las cuales varios objetos y situaciones se concentran y representan en uno.

Identificación

La identificación comprende un grupo de maniobras adaptativas

y defensivas inconscientes por medio de las cuales el yo hace suyos rasgos y características de otra u otras personas o de un grupo social.

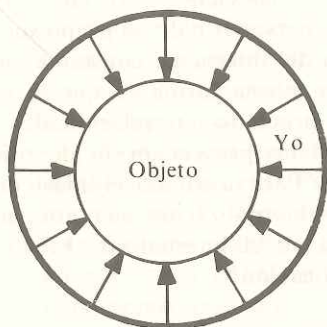
La vida psíquica es el resultado del interjuego constante entre identificaciones y proyecciones, de la misma forma en que la vida biológica es la consecuencia de los procesos interrelacionados de anabolismo y catabolismo. No puede haber proyección sin identificaciones ni éstas se dan sin la proyección. Para su estudio, el énfasis de la proyección se ubica en los procesos de externalización, en tanto que el acento de la identificación se coloca en el internalizar. Freud^{48 49} describe dos tipos esenciales de identificación:

— *Las histéricas*, en las cuales la identificación se hace con características de una persona. Así, por ejemplo, la paciente que Freud denominó Dora, tosía representando simbólicamente, a través de la tos, algo de sus sentimientos hacia el padre. La sugestionabilidad del paciente histérico se basa en gran parte en su tendencia a las identificaciones. De allí que se presenten a veces verdaderas “epidemias” de cuadros histéricos, de características similares.

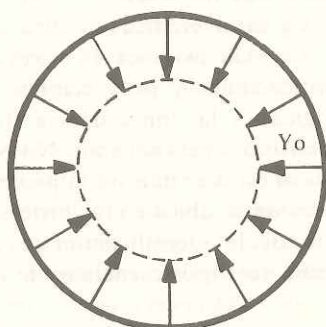
— *Las melancólicas*, que se distinguen por su masividad. El enfermo depresivo, por ejemplo, se identifica con una figura que ha incorporado y los autorreproches aparentes van en realidad dirigidos hacia el objeto introyectado (ver gráfico 10).

En otro lenguaje, puede hacerse la diferenciación entre:

1. *Identificación total con un objeto parcial*: ésta equivale a la modalidad que se acaba de señalar como melancólica; por ejemplo el niño que se pone las gafas de su padre, se convierte efectivamente en él, o el esquizofrénico que se sienta en la silla del médico, se transforma en el médico por el hecho de ocupar su lugar.
2. *Identificación parcial con un objeto total*: el joven, en un momento dado, acepta ciertas ideas de su padre y las considera propias. En la terapia psicoanalítica se logra, eventualmente, si es que es exitosa, una identificación básica que no se refiere directamente al analista como tal sino a una serie de funciones adquiridas en el tratamiento y relacionadas con la capacidad de observarse, meditar, reflexionar.



a) El yo dirige la agresión al objeto con el cual se ha identificado.



b) Al perderse el objeto la agresión se dirige contra el mismo yo.

Gráfico 10: *Relación del yo y el objeto en la melancolía*

En las neurosis narcisísticas (psicosis) las relaciones de objeto se disuelven y se reemplazan por identificaciones; de esta forma, el esquizofrénico (ver p. 93), cuyo mundo interno se deshabita y cuyas relaciones con las personas pierden su significado, reemplaza a la novia cuya representación interna ha perdido, por una prenda de vestir de ésta; ahora él es la novia y se acaricia en lugar de acariciarla.

En "Más allá del principio del placer"⁵⁰ Freud describe cómo en un momento dado, al tomar el puesto del agresor, al asumir sus atributos o imitar su agresión, el niño se transforma de la persona amenazada en quien amenaza. Anna Freud⁵¹ sistematiza este concepto de *identificación con el agresor* y trae numerosos ejemplos en los que se ve cómo un niño golpeaba furiosamente la puerta. Apenas la empleada la abría, la regañaba violentamente adelantándose a la posibilidad de ser reprendido por su comportamiento.

Después de visitar al médico y ser inyectado, un niño pone inyecciones a sus muñecos. Frecuentemente los niños que juegan los roles de sus padres regañan y dan severas advertencias a sus muñecas, o a sus compañeros más pequeños.

La identificación con el agresor, empero, puede manifestarse en

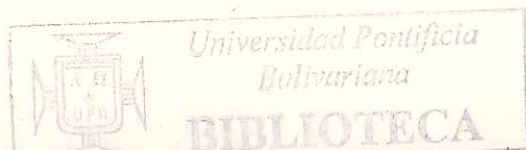
formas más sutiles: su esencia radica en la transformación de aquello que se ha sentido como sufrido pasivamente y actuado activamente, sea en la realidad externa o en la fantasía. El neurótico, continuamente presa de ansiedades de abandono, trata mediante la identificación con el agresor, de *abandonar antes de ser abandonado*. Así cuando presiente que se aproxima la pérdida se adelanta a ella y se apresura a terminar la relación. Naturalmente, la trampa reside en que probablemente el abandono en cuestión es fantasma y en que de todas maneras el abandono (en la neurosis decaatectización del objeto a nivel del sistema preconsciente-consciente) es el mismo, sea quien fuere el que realice los movimientos mecánicos iniciales. Más aún: el mecanismo de abandonar para no ser abandonado encierra el riesgo de que a través de la identificación proyectiva (inc.) se induzca el fenómeno temido.

La identificación juega un papel central en la formación del yo, que se define como un conjunto de identificaciones (ver p. 123) y en la estructuración del superyó (ver p. 62) que recibe la energía para su configuración de la disolución de las catexias del complejo de Edipo. La identificación puede concebirse como un proceso de varias etapas, amalgamado mediante varios mecanismos componentes que se podrían describir en la siguiente secuencia, no lineal:

— *Incorporación*. La incorporación se refiere a la identificación total con el objeto parcial. Corresponde a la modalidad más arcaica tanto filo como ontogenéticamente; es la más masiva y se relaciona con la función básica de la etapa oral. El niño que mama, incorpora con el alimento valores, maneras de ser, rasgos, mecanismos primitivos de adaptación, etc., en otras palabras, los objetos.

— *Introyección*. La mayoría de los autores utilizan la introyección como sinónimo de incorporación; otros⁵² plantean el objeto incorporado como si fuera, por así decirlo, la anatomía del proceso, en tanto que la introyección constituiría su vehículo fisiológico. El guerrero caníbal que incorpora el corazón de su enemigo muerto, está introyectando su fuerza y su valor.

— *Internalización*. Sería el proceso a través del cual lo incorporado se transforma en actitudes, ideas, etc. En la internalización se haría la identificación parcial con el objeto total.



Paula Heimann⁵³ describe el mecanismo que denomina asimilación como la culminación de la identificación madura: el objeto introyectado vivido como bueno se vuelve parte del *self*, más a nivel del yo que del superyó; además, considera que sólo puede haber verdadera sublimación en la medida en que se ha producido la asimilación. La falta de la asimilación se traduciría en identificaciones inauténticas o superficiales. Hellen Deutch⁵⁴ estudia un tipo de personalidad que llamó "personalidad como si" (*as if*), caracterizada por una adaptación aparentemente adecuada pero poco profunda, que presenta falta de autenticidad, sensaciones frecuentes de despersonalización y entusiasmos muy intensos pero pasajeros basados en la labilidad y poca solidez de las identificaciones. Para Hellen Deutch, el trastorno básico de este tipo de personalidad reside en la falta de una real introyección de las calidades superyoicas, lo cual determina que el individuo se guíe predominantemente por precursores del superyó ubicados en el afuera, careciendo, por lo tanto, de una verdadera tutela interna. Estas fallas en la identificación se observan también en el tipo de personalidad que Meltzer⁵⁵ denomina "personalidades pseudomaduras", en lo que Winnicott⁵⁶ llama el "falso *self*", la "personalidad narcisística" de Kohut⁵⁷, y en la "organización fronteriza de la personalidad" de Kernberg⁵⁸.

En el esquizofrénico, la problemática de la identificación puede estudiarse a través de la observación de un superyó que no es tan sólo cruel e implacable sino también inestable en extremo.

Un modelo de los procesos de identificación y de la configuración de las relaciones objetales

1. *Identificación primaria*: el niño incorpora el objeto sin ningún tipo de diferenciación; yo y objeto son una sola y misma cosa. Correspondería a un primer momento de confusión (fusión-con), lo cual fue descrito por Freud como etapa anobjetal, puesta en tela de juicio hoy en día por autores psicoanalíticos.

2. *Los impulsos instintivos y las zonas erógenas mediadas por fantasías*, se convierten en el punto de contacto entre el niño y la anatomía de la madre. Hasta el momento en que se produce este contacto, el niño no puede percibir los objetos sino a través del captar carencias o mediante protofantasías heredadas, o por lo que Bion⁵⁹ denomina "preconceptos". Esto significa que hasta el momento del contacto con el objeto externo, hasta su presentación en el sensorio

externo, no puede haber verdaderas representaciones; sin embargo, esta situación no es idéntica al autoerotismo descrito por Freud en la etapa anobjetal⁶⁰. Habría indiferenciación, pero el niño tendría la sensación vaga de que cuando algo le falta, cuando experimenta, por ejemplo, hambre, ese "algo" lo ataca. *No existe el vacío. La ausencia es sentida siempre como una presencia hostil.*

El hambre, por ejemplo, se experimenta como si produjera un violento ataque que parte de los objetos malos introyectados. Simultáneamente, el niño experimenta, desde el comienzo, la vivencia de un objeto bueno, gratificante, resultado del interjuego entre su propia gratificación y lo que Winnicott⁶¹ designa como "función seno de la madre".

3. *A través del aparato perceptivo*, el niño capta el objeto externo y lo puede ligar con el interno. Aquí ya puede evocarlos. Hay ya *representaciones*. Inicialmente la madre o rasgos de ella se vivencian como rasgos físicos concretos, como tonalidades de voz, como olores, como representaciones visuales. Estos rasgos, tomados como la totalidad, no se introyectan como son en la realidad espacial externa, sino que, y necesariamente, tienen que ser enriquecidos y/o distorsionados por la unidad biopsicológica primitiva del niño.

4. *Los rasgos paternos introyectados*, al principio tomados como totalidad e inconexos y confusos, comienzan a ligarse entre sí y el nexo se vuelve menos endeble.

5. *Eventualmente y a medida en que se sedimenta el objeto bueno introyectado*, se inicia el proceso de simbolización por medio del cual no se confunde necesariamente la representación del objeto con el objeto mismo. Para Freud, esto pasa en el edipo. Para Klein⁶², el proceso comienza a sedimentarse mucho antes, cuando el objeto bueno y malo pueden sentirse como objeto total, en la segunda parte del primer año de vida y en el contexto de lo que denomina "posición depresiva".

6. *La integración y conexiones de las representaciones objetales*, integradas por la simbolización, se estabilizan en un proceso de composición y desintegración continuas, lo que permite que los rasgos y características introyectados se conviertan en funciones, abstracciones e ideologías incorporadas a nivel del yo y del superyó. Estas abstracciones y formas de confrontar la vida, son inicialmente muy fluctuantes.

Así, por ejemplo, el niño (y a lo largo de la vida en relación con los aspectos infantiles jamás resueltos del todo y en eterno conflicto) confronta dos tipos de sometimiento: una sumisión franca que se refleja clínicamente en obediencia ciega; o una pseudorreuelta, mediante la cual el niño, el adolescente o el paciente hacen exactamente lo contrario de lo que sus padres, externos o internalizados quieren que haga o piensa y siente que esperan de él, lo que se traduce en la práctica en un sometimiento más sutil.

7. *Se produce, tanto el desbrozamiento como la integración de los objetos y el yo, en el self, lo cual permite, por ejemplo, juzgar las situaciones vitales por sus propios méritos hasta donde es posible. Se habría logrado en este estadio la identificación parcial metabolizada con objetos totales.*

Mientras menos divorciados estén los objetivos e identificaciones conscientes y las identificaciones inconscientes (objetos internos y representaciones internas de objetos externos), mayor congruencia y madurez hay en la personalidad; en tanto que a mayor disociación, la confusión y la incongruencia son más marcadas, así como más hondo el abismo entre las metas del ideal del yo y lo que se logra en las realidades concretas. Esta inmadurez e incongruencia se observan en la modalidad narcisística de relación, en la que se espera un mundo simétrico.

8. *La meta final, nunca alcanzada totalmente, es la real distinción entre el yo y el objeto; entre la persona y los seres de su entorno. Este objetivo se plasma en lo que Freud llama posición genital y en el predominio absoluto de la posición depresiva de Klein, estructuraciones de la personalidad que se conciben como tendencias ideales.*

Idealización

La idealización corresponde a un conjunto de maniobras defensivas inconscientes por medio de las cuales el yo enaltece y supervalora objetos y situaciones.

La idealización complementaria y, en cierto sentido, indispensable para la identificación, juega un papel sumamente importante en la estructuración del yo y del superyó.

Por otra parte, la idealización sirve para mantener a distancia el objeto. Así, en el fenómeno clínico que Freud⁶³ denomina disociación

madona-prostituta, el hombre no puede integrar las corrientes de afecto cariñoso y de sexualidad que se han divorciado durante el edipo. De esta forma puede desear como objeto sexual solamente a una mujer que, de una u otra forma, siente como denigrada, en tanto que la novia o la esposa se convierten en objetos idealizados que recuerdan a la figura materna y, por consiguiente, deben ser admiradas y "respetadas" a distancia. El truco agresivo reside en que a esta mujer idealizada se le niegan las características de instintividad y vida emocional. Asimismo, la idealización sirve para satisfacer necesidades masoquistas de castigo: tarde o temprano la persona idealizada, que por definición *tiene que ser monolítica*, presenta alguna grieta y se derrumba. Los ídolos tienen pies de barro y se desploman sobre quienes los han erigido. Este proceso de ruptura de las idealizaciones se observa con toda claridad en el transcurso de la adolescencia, en la que los padres que anteriormente, por el mecanismo descrito, constituyen la base sólida de las propias deficiencias, se desmoronan como parte de un proceso en el que el adolescente tiene que descomponer y recomponer sus figuras internas para eventualmente lograr una identidad personal y auténtica a partir de la cual pueda adquirir una visión más realista en lo que a sus padres se refiere. El niño encuentra la salida de la confusión caótica inicial a través de los mecanismos que constituyen la posición esquizoparanoide de Klein⁶⁴, entre los que se cuenta la idealización. Se conforma un objeto sentido como totalmente malo y otro vivido como totalmente bueno.

El objeto idealizado, totalmente bueno se convierte, empero, inevitablemente en persecutorio en la medida en que:

— No puede satisfacer las expectativas narcisísticas.

— Al convertirse en el depositario de todo lo bueno, establece un marcado contraste con el yo pauperizado por las identificaciones proyectivas. La bondad puesta en el objeto hace resaltar los sentimientos de maldad y de minusvalorización del yo. Freud señala el funcionamiento de la idealización en el enamoramiento y en la proyección en el bebé (*his majesty the baby*).

Las relaciones basadas en la idealización suponen, por lo tanto, la proyección en espejo del sí mismo e inevitablemente están destinadas al fracaso. El esquizofrénico que utiliza masivamente la idealización, establece, por ejemplo, una relación de confianza y seguridad con el terapeuta, pero ésta es extremadamente endeble; en el momento en que

el terapeuta, inevitablemente, lo frustra la relación se rompe y una vez más el terapeuta se desvanece y la relación objetal se reemplaza por incorporación-identificación.

Fijación

La fijación puede describirse como un conjunto de manipulaciones defensivas inconscientes, por las cuales ciertos aspectos de la unidad biopsicológica permanecen estacionarios en alguna o algunas de las etapas del desarrollo de la personalidad. Ahora bien, el ser humano no se desarrolla en forma completamente homogénea. Toda persona tiene aspectos que se adecúan al momento específico de su desarrollo; características que corresponden a detenciones moderadas a nivel de lo que se podría denominar neurótico y también núcleos arcaicos y primitivos que pueden considerarse psicóticos.

Lo que determina el grado relativo de normalidad depende de la masividad y la fuerza con las cuales los núcleos más arcaicos prevalecen sobre los más desarrollados. En la neurosis y más aun en la psicosis, las fijaciones toman el comando de la unidad psicobiológica.

Las fijaciones se pueden traducir clínicamente en síntomas físicos, psíquicos o en rasgos de carácter que en un momento dado aprisionan, por así decirlo, las posibilidades de enriquecimiento de la personalidad. Fenichel⁶⁵ considera tres determinantes básicos para la fijación:

1. *Falta de gratificación* en una determinada etapa del desarrollo: así, si un niño no logra incorporar la confianza básica, objetivo primario de la etapa oral, pasa a la etapa subsiguiente con menos armas y más dificultades para resolver las nuevas metas, lo cual determina una situación carencial en relación con su propia existencia.

Frieda Fromm⁶⁶ señala cómo las fijaciones más tempranas tienen un efecto mucho más severo, ligado a lo esquizoide y a lo esquizofrénico, que a aquellas que se producen en fases posteriores del desarrollo: en primer término, el yo es más vulnerable cuanto más temprano se lesione; en segundo lugar, las dificultades carenciales en la etapa oral acortan el único período de la vida en que el niño, según Frieda Fromm, goza de una seguridad casi completa, lo que altera su capacidad para almacenar confianza frente a las futuras dificultades de la vida.

2. *El exceso de gratificación* en una etapa del desarrollo a la luz de la tercera teoría instintiva. Cabe aclarar este planteamiento: si por exceso de gratificación se entiende exceso de amor, se estaría frente a una especie de vicio lógico. El “exceso” elimina el concepto de amor. Se debe intentar discriminar claramente entre el cariño y la sobreestimulación y la sobreprotección. En este sentido, la fijación dependería del odio, de lo tanático. Lo erótico no tiene por qué producir fijaciones. Winnicott⁶⁷ señala como básicos en el desarrollo (ver p. 128) lo que denomina “momentos de ilusión”, en los que el deseo del seno corresponde efectivamente a la aparición de éste; pero también destaca, en un gran primer plano, lo que llama “madre suficientemente buena”, que es aquella que permite que el niño “aprenda a estar solo”.

Así, pues, de la misma forma en que la ausencia es siempre sentida como una presencia agresiva (ver p. 94), la sobreprotección constituye, en últimas, una vivencia carencial.

3. El que la satisfacción específica de una etapa determinada se convierta en un mecanismo demasiado eficaz para manejar la ansiedad. Por ejemplo, la gratificación oral no se refiere tan sólo al comer, sino que, antes bien, la descarga oral puede obtenerse a través de descargas musculares, caricias, movimiento, miradas, etc. Si la “díada” madre-bebé acostumbra resolver las ansiedades siempre mediante la comida o sustitutos, tales como el chupo, la fijación se relacionará con la ingestión de alimentos frente a cualquier tipo de problemática.

Regresión

Estrechamente aliado al concepto de fijación se encuentra el de regresión, definido como un conjunto de maniobras inconscientes adaptativas y defensivas, por medio de las cuales el yo retorna simbólicamente a periodos anteriores del desarrollo de la personalidad.

Las regresiones tienden a hacerse a los puntos de fijación que actúan, entonces, a manera de imán (en el sentido de la repesión primaria), o a manera de bolsones de retaguardia, a los cuales puede retornar el grueso de las tropas en momentos de repliegue, para utilizar la imagen bélica de Freud.

El modelo básico que Freud⁶⁸ utilizó para plantear la regresión es

el de los sueños, en el que se proponen tres tipos básicos de regresión interrelacionados entre sí, o sea:

— *Cronológica*. Se refiere a que en el sueño, en los momentos neuróticos, en las neurosis o en las psicosis predominan contenidos infantiles, no tan sólo en los acontecimientos tomados en el sentido histórico, sino también en cuanto al impacto que estos sucesos han producido en la personalidad (sentido genético).

— *Topográfica*. Se relaciona con que, en los fenómenos anteriormente descritos y en la creación artística, adquiere una mayor vigencia y, en cierto sentido, predomina el proceso primario.

— *Formal*. La esencia del sueño mismo reside en la transformación de ideas y conceptos en imágenes visuales. Por otra parte, tanto en el sueño como en la neurosis y la psicosis se observa la prevalencia de modalidades de pensamiento onto y filogenéticamente regresivos.

Para sopesar clínicamente la regresión se requiere tomar en cuenta tres factores en constante interjuego:

1. *Lo arcaico de la regresión*. Mientras más primitivos sean los puntos de fijación a los cuales se retorna, más grave será el cuadro clínico concomitante. Así, dentro del grupo de las esquizofrenias, se considera que la catatonía es la que implica la regresión más arcaica, mediante la cual el paciente no se mueve, no habla, dado que hace una fusión entre el sí mismo y el mundo, a niveles cósmicos.

2. *Lo masivo de la regresión*. Tiene que ver con la cantidad de funciones del yo que se encuentran implicadas en este proceso. El paciente hebefrénico hace una regresión menos arcaica que la del catatónico, pero su yo está más comprometido en el proceso patológico, y de allí su pronóstico es, por lo general, más sombrío. Asimismo, en tanto que el catatónico se da cuenta (en términos psicóticos) y está alerta a los estímulos de su medio ambiente, la desintegración regresiva del hebefrénico resulta en su estar ausente.

3. *La rigidez o elasticidad de la regresión*. El histérico o el

paciente fronterizo pueden presentar cuadros psicóticos de breve duración mientras que el esquizofrénico se instala en la regresión y es atrapado por ella, en forma extremadamente rígida. Así, la esquizofrenia y la regresión se convierten en su forma de estar en el mundo. Todos efectuamos en el sueño una regresión arcaica y masiva, que es lo suficientemente ágil para permitir una salida ágil.

Kris⁶⁹ describe "la regresión al servicio del yo", que considera esencial para comprender el proceso creativo de contacto con el mundo interno, tanto en el psicoanálisis como en la construcción de la obra de arte.

Noy⁷⁰ considera que el concepto de regresión, así sea al servicio del yo, es insuficiente para explicar actividades que se traducen en ciencia o arte. Es diferente la regresión de un esquizofrénico a la de un pintor, y complementa la idea con la utilización del punto de vista "funcional" que plantea que cualquier órgano o sistema biológico se desarrolla en adaptación a una función específica del organismo. De esta manera el proceso primario relacionado con el soñar, el fantasear, la actividad artística, etc. tiene una función integrativa propia (ver p. 54)⁷¹.

Fantasia

Es descrita por McLaughlin⁷² en términos de una sucesión imaginaria de acontecimientos o imágenes mentales tendentes a resolver un conflicto emocional, mediante la creación de sus sustitutos satisfactorios pero irreales. La fantasía es, pues, una categoría vivida del ensueño diario, utilizado para obtener gratificación o satisfacción de deseos.

El énfasis del mecanismo puede ubicarse en lo defensivo y se consideraría como un grupo de maniobras inconscientes, por medio de las cuales el yo huye de las realidades externas hacia lo subjetivo; hacia las construcciones que implican el predominio del principio del placer intentando así minimizar o eliminar las dificultades interpuestas por el principio de realidad.

En otra acepción, Freud define⁷³ la fantasía como el representante mental de los instintos y establece de esta forma un puente sólido entre lo que denominamos somático y lo que llamamos psíquico.

Nadie podría decir que la fantasía causa una deformación de columna; sin embargo, y en el contexto de síndrome de etiologías múltiples, podría citarse como ejemplo un paciente fóbico y con

temores paranoides, que anda permanentemente encorvado ante las ansiedades de ser observado y criticado. Si esta postura, determinada por sus propios miedos se hace crónica, la persona en cuestión hará una xifoesciosis siempre y cuando exista la predisposición genética. Asimismo, el carraspeo continuo, como manifestación de un conflicto inconsciente, puede determinar, siempre que existan factores predisponentes, por sequedad de la mucosa, una faringitis crónica⁷⁴.

La fantasía, como cualquier creación humana, puede prestarse para huir o, al contrario, para acercarse al mundo, capturarlo y, en cierto aspecto, crearlo, así como para plasmar contenidos internos.

El neurótico aplasta su fantasía o bien fantasía y mundo externo corresponden a dos existencias separadas y disociadas. En el esquizofrénico, la fantasía invade las estructuras más racionales de la personalidad y la desmorona, fracturándola. En la creación artística y en el psicoanálisis se busca, a través de la fantasía, el contacto con el mundo interno en forma regulada, no invasora e integrada.

Anna Freud⁷⁵ describe la forma por medio de la cual el mecanismo que se llama negación en la fantasía, cumple un papel adaptativo. El niño sólo puede aceptar la realidad externa mediante el modificarla. Si este tipo de modificación masiva persiste y se agiganta, el mecanismo deja de cumplir esta función de adaptación.

La escuela kleiniana hace mucho más hincapié en la riqueza de la función de la fantasía y de su imprescindible papel *como sustrato de toda actividad mental*. Hanna Segal⁷⁶ plantea, entre otras, las siguientes funciones de la fantasía:

- Defensa contra la realidad externa de privación.
- Defensa contra realidades internas.
- Defensa a través de fantasías contra otras fantasías.

Cita como ejemplo el de las fantasías maníacas, cuya finalidad básica es impedir la emergencia de las fantasías depresivas integratorias.

- Constituye el puente entre los derivados instintivos, las ansiedades que les corresponden y los mecanismos de defensa.
- La fantasía precede siempre a la comprensión intelectual o a la acción.

La fantasía de Ícaro, por ejemplo, es muy anterior a la existencia del avión. El niño conoce el mundo mucho antes de poderlo expresar en palabras: los primeros cuentos infantiles y las fantasías que los acompañan, muchas veces terroríficas, expresan en palabras lo que él ha venido percibiendo en imágenes y sensaciones.

El mundo interno es capturable tan sólo a través de la fantasía; lo que se siente o lo que se piensa se acompaña necesariamente de imágenes que se convierten en analogías y metáforas, para poder ser comprendidas dentro de sí mismo y hacerlas comprensibles a los demás.

Hoy en día se considera la fantasía como un núcleo funcional básico que, en algunos aspectos, semeja la noción jungiana de complejo y que comprende:

- Derivados instintivos.
- Objetos que se ligan a ellos.
- Ansiedades básicas.
- Funciones yoicas ligadas a los objetos.
- Mecanismos de defensa específicos.

De todo esto se desprende que el objetivo terapéutico del psicoanálisis o de las terapias psicoanalíticas no consiste en el aplastamiento de la fantasía sino en su canalización integrativa de mundo interno y mundo externo, en lugar del curso psicopatológico que va por dos cauces distintos⁷⁷ (ver capítulo 14).

Transferencia

Este término se toma en varios sentidos. Por una parte, se refiere a un fenómeno universal de la vida psíquica. Las primeras figuras, las primeras relaciones objetales, los primeros modelos, actúan como moldes de imprenta^{78,79} sobre los cuales se instalan los comportamientos psicológicos futuros. Así, la madre constituye el patrón obligado sobre el cual se escoge la compañera, sea por sus semejanzas o (lo que es lo mismo), por lo que parecerían ser sus diferencias. La relación con los hermanos planta la semilla de lo que será la que se tiene con el grupo de pares; las reacciones frente a las figuras parentales constituirán la base

de las respuestas frente a las figuras de autoridad, etc. Mientras más madura sea la persona más conciencia tiene de los modelos transferenciales introyectados que hasta cierto punto lo rigen, lo cual le permite desbrozar con mayor claridad pasado-presente, mundo interno-mundo externo, objetos internos-objetos externos.

En el capítulo VII de *La interpretación de los sueños*, que constituye la base de la metapsicología, Freud⁸⁰ utiliza el concepto en términos del desplazamiento de la energía inconsciente hacia los contenidos preconcientes o ideas latentes, lo que permite que se configure el sueño. En este aspecto, el psicoanalista actúa como una especie de resto diurno que permite que el paciente lleve a cabo el proceso de ensoñación. Así, pues, en el contexto de la terapia psicoanalítica, la transferencia se refiere a que el paciente proyecta en el terapeuta sus derivados instintivos, sus fantasías, sus modalidades de relación, sus afectos, etc. Por consiguiente, constituiría un grupo de maniobras adaptativas y defensivas inconscientes, mediante las cuales el paciente proyecta en el terapeuta su pasado y el presente que lo contiene.

Freud se encuentra con el fenómeno clínico de la transferencia en el caso de la paciente a quien llama Dora⁸¹. Inicialmente la considera como un obstáculo para la labor del psicoanalista y, en un momento dado, la define como "un repetir para no recordar"⁸², es decir, actuar ciega y repetitivamente en lugar de movilizar los recuerdos y pasar lo inconsciente a lo consciente para así reflexionar y cambiar. Paulatinamente se da cuenta de que la transferencia es en muchísimas ocasiones un repetir como única forma de recordar.

La transferencia, como fenómeno universal, es inevitable. Lo que sucede en la vida cotidiana es que se vivencian transferencias esparcidas en las diferentes personas y situaciones del medio ambiente. En otras condiciones, la transferencia, en lugar de ser detectada y trabajada, es más bien actuada: tal es el caso de las instituciones psiquiátricas en las que los pacientes obedecen reglas que van contra todo sentido común, sobre la base repetitiva del sometimiento del niño hacia sus padres. El tratamiento psicoanalítico es una estructura funcional destinada a magnificar la transferencia, condensándola con el objeto de que una historia relatada se transforme en vivencias. El objetivo eventual del psicoanálisis es la disolución de la transferencia, hasta donde esto es posible.

Freud⁸³ divide la transferencia en positiva, para referirse a la erótica sublimada, y negativa, que comprende la transferencia erótica

no sublimada o transferencia sexual y la transferencia agresiva (ver capítulo 14).

NOTAS

1. S. Freud, "Las neurosis de defensa".
2. A. Freud, "El yo y los mecanismos de defensa".
3. H. McLaughlin, *The Neurosis in Clinical Practice*.
4. Van Der Leeuw, "Sobre el desarrollo del concepto de defensa".
5. S. Freud, "La represión".
6. Es importante anotar que las agencias censoras actúan también en forma inconsciente. Con frecuencia, y en forma errónea, se las considera solamente conscientes. Kolb (en L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*) por ejemplo, habla de "impulsos o tendencias... que serían inaceptables para la personalidad consciente".
7. S. Freud, "Sobre la génesis de la neurosis obsesiva".
8. L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*.
9. S. Freud, "El malestar en la cultura".
10. H. Marcuse, *Eros y civilización*.
11. S. Freud, "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia Paranoides*)".
12. H. Rosenfeld, *Estados psicóticos*.
13. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
14. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
15. B. Álvarez, *La identificación proyectiva*.
16. W. R. Bion, *Seminarios de psicoanálisis*.
17. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
18. S. Sontag, *Illness as Metaphor*.
19. S. Brainsky, "Aspectos médico-psicológicos de la personalidad y manejo con pacientes con cáncer del seno (VI)".
20. S. Arieti, *An Interpretation of Schizophrenia*.
21. W. Shirer, *The Rise and Fall of the Third Reich*; E. Erikson, *Childhood and Society*.
22. L. C. Kolb y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*.
23. Es importante acotar que en la medida en que los mecanismos de defensa son inconscientes y están permeados por el proceso primario, no existen, cuando se los plantea, posibilidades de contradicción. Representan siempre una adaptación y simultáneamente una defensa. En mayor o menor grado, esto es cierto para cualquier fenómeno biopsicológico.
24. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
25. S. Freud, "El yo y el ello".

26. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
27. M. Klein, "Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa".
28. S. Freud, "El análisis fragmentario de una histeria".
29. S. Brainsky, "Aspectos médico-psicológicos de la personalidad y manejo de pacientes con cáncer de seno (VI)".
30. S. Brainsky, "Estudio médico-psicológico de un patrón vital asociado a la aparición e instalación del cáncer de seno (V)".
31. S. Freud, "El fetichismo".
32. S. Freud, "La escisión del yo en los procesos de defensa".
33. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
34. M. Klein, "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo".
35. M. Milner, "El papel de la ilusión en la formación de símbolos".
36. E. Rodríguez, *El contexto del proceso psicoanalítico*.
37. Muchos autores psicoanalíticos contemporáneos consideran que el origen de las fobias debe buscarse más atrás, en momentos más primitivos de la vida del niño, y frente a ansiedades más arcaicas. Una concepción no anula la otra, en tanto *se tome en cuenta la doble dirección del sentido de las defensas. Las defensas edípicas protegen las pregenitales y las defensas más primitivas pueden utilizarse para cubrir y esconder contenidos edípicos*.
38. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
39. S. Freud, "Análisis de la fobia de un niño de cinco años".
40. S. Freud, "La negación".
41. S. Freud, "Neurosis y psicosis".
42. L. Binswanger, "Existential Analysis and Psychotherapy".
43. S. Freud, "El yo y el ello".
44. M. Klein, *Amor, odio y reparación*; H. Segal, *Introducción a la obra de Melanie Klein*.
45. S. Freud, "El yo y el ello".
46. S. Freud, "La escisión del yo en los procesos de defensa".
47. Anna Freud, *The Ego of the Mechanisms of Defense*.
48. S. Freud, "La aflicción y la melancolía".
49. S. Freud, "El análisis fragmentario de una histeria".
50. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
51. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
52. J. Riviere, "Sobre la génesis del conflicto de la primera infancia".
53. P. Heimann, "A Contribution to the Problem of Sublimation and its Relation to the Processes of Internalization".
54. H. Deutch, "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia".
55. D. Meltzer, "The Relation of Anal Masturbation to Projective Identification".

56. D. Winnicott, "Ego Distorsion in Terms of True and False Self: The Maturational Processes on the Facilitating Environment".
57. H. Kohut, *The Analysis of the Self*.
58. O. Kernberg, *Borderline Personality Organization*.
59. B. Álvarez, *La identificación proyectiva*.
60. S. Freud, "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia Paranoides*)".
61. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
62. M. Klein, "La importancia de la formación de los símbolos en el desarrollo del yo".
63. S. Freud, "Una teoría sexual".
64. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
65. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
66. F. Fromm-Reichman, *Psychoanalysis and Psychotherapy*; vale la pena acotar que la visión, relativamente libre de conflictos y casi idílica de la primera niñez que plantea Frieda Fromm, contrasta abiertamente con las concepciones de M. Klein, quien hace hincapié en las profundas y continuas ansiedades por las que atraviesa el niño desde el comienzo de la vida.
67. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
68. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
69. E. Kris, *Psychoanalytic Explorations in Art*.
70. P. Noy, "Metapsychology as a Multimodel System".
71. F. Rosso, Comentario sobre el trabajo de Pinchas-Noy, "Teoría psicoanalítica del proceso primario".
72. H. McLaughlin, *The Neurosis in Clinical Practice*.
73. S. Freud, "Los instintos y sus destinos".
74. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
75. Anna Freud, *The Ego and Mechanisms of Defense*.
76. H. Segal, *Introducción a la obra de Melanie Klein*.
77. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre psicoanálisis y esquizofrenia".
78. S. Freud, "El análisis fragmentario de una histeria".
79. S. Brainsky, *op. cit.*
80. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
81. S. Freud, "El análisis fragmentario de una histeria".
82. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
83. S. Freud, "La dinámica de la transferencia".

10. TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Lo que con más fuerza crece es el miedo; es impensable lo poco que seríamos sin haber padecido miedo. Es propia del hombre la tendencia a ceder al miedo. Ningún miedo desaparece pero sus escondrijos son indescifrables. De todas las cosas quizás sea el miedo la que menos cambia. Cuando pienso en mis primeros años, lo primero que reconozco son sus miedos de los que hubo una riqueza inagotable. Muchos de esos miedos los descubro sólo ahora; otros, que no hallaré jamás, deben constituir el misterio que me hace apetecer una vida eterna.

Eliás Canetti, *La lengua absuelta*

Todos los niños del mundo, con excepción de uno, crecen y no sólo crecen sino que en seguida saben que han de crecer. Wendy lo supo del modo siguiente: cierto día cuando sólo contaba dos años, estaba jugando en un jardín, arrancó una flor y corrió a llevársela a su madre. Es de suponer que debía estar encantadora pues la señora Gentle poniéndose una mano sobre el corazón exclamó: "¿Por qué no habrías de quedarte así para siempre?" Nada más que esto sucedió entre las dos, pero desde entonces, Wendy supo que crecería. Se sabe esto siempre después de cumplir los dos años. Los dos años son el principio del fin.

James Matthew Barrie, *Peter Pan y Wendy*

Consideraciones introductorias

La teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual constituye la forma en que Freud se explica el desarrollo global de la personalidad del niño; un poco a la manera en que autores literarios, tales como John Le Carré o Graham Greene emplean la novela de espionaje como la llave que abre la puerta para la observación de la condición humana. En esta calidad de lente específica, las postulaciones a través de ella encontradas poseen las ventajas y limitaciones de cualquier instrumento de trabajo e investigación. Esto implica, además, que los resultados vistos no excluyen lo que se halle mediante la utilización de estudios que recurren a puntos de vista diferentes. Los hallazgos de una disciplina tienen que ser sopesados en el contexto y mediante la utilización del lenguaje de la disciplina misma y tan sólo después pueden ser cotejados con lo encontrado por otras escuelas de pensamiento y praxis.

El desarrollo psicosexual freudiano estudia al niño desde su nacimiento hasta lo que se considera la culminación del desarrollo psicosexual infantil, alrededor del cuarto o quinto año de vida. Esto, por supuesto, no supone que el proceso evolutivo del niño y el ser humano se detenga en este punto. Los desenvolvimientos postfreudianos de la teoría del desarrollo psicosexual tienden a ocuparse tanto de los aspectos más tempranos (Klein, Winnicott) como de la profundización de las etapas estudiadas por Anna Freud, pero también de épocas posteriores de la vida, la adolescencia (Erikson, Peter Bloss, Knobel), hasta llegar a lo que ocurre en la edad madura (Elliot Jacques) y la forma como la vida del hombre desemboca en su muerte (Eissler).

Freud tuvo que confrontar serios problemas al plantear la sexualidad infantil, algunos de ellos relacionados con el rechazo a la concepción misma del niño como un ser sexuado. Otros se referían y refieren aún a la mala comprensión no siempre bien intencionada.

Sexualidad infantil

como se ha señalado antes, el fenómeno de la sexualidad infantil no debe interpretarse como sinónimo de la genitalidad adulta que constituye su culminación. Lo sexual infantil se refiere a las tendencias pulsionales dirigidas hacia la descarga de las tensiones y la búsqueda general del placer.

Ahora bien, Freud denominó los instintos tempranos del niño en

términos de "instintos sexuales parciales"¹, y mostró la necesidad de no abandonar el término sexual por varias razones:

1. Porque los instintos sexuales parciales constituyen el terreno del abono de la sexualidad adulta.
2. Porque en caso de bloqueo de la sexualidad adulta, hay tendencia a la regresión hacia la sexualidad infantil.
3. Porque el niño vivencia su sexualidad con la misma intensidad, emoción y fuerza que el adulto la suya.
4. Porque algunos fines de la sexualidad infantil son similares a los de la adulta, particularmente en el caso de las perversiones.

Existen, por otra parte, diferencias muy claras entre la sexualidad infantil y la adulta entre las cuales Fenichel² señala:

1. En la sexualidad infantil no predomina la genitalidad y su fin no es el coito.
2. La sexualidad infantil (y sus remanentes) puede ser autoerótica.
3. La sexualidad infantil está demarcada por fines arcaicos; así la finalidad básica de lo oral es la incorporación.
4. Si algunos de estos instintos llamados parciales se bloquean, no pueden encontrar descarga-satisfacción, se refuerzan otros colaterales y, en general, los instintos parciales son intercambiables. Por ejemplo, si los fines orales de comprensión y empatía buscados por el bebé mediante la lactancia se frustran, el niño puede apelar a buscar otro tipo de descarga por una vía alterna, como la masturbación.
5. La sexualidad infantil está más teñida de agresividad y sadismo que la del adulto que ha conseguido la maduración.

La sexualidad humana comparte también ciertas características con la sexualidad instintiva animal, pero hay entre ambas diferencias fundamentales, además de la más obvia e importante que se relaciona

con un factor cualitativo difícil de capturar mediante la psicología, y que demarca la diferenciación que existe entre los animales y el ser humano:

1. La sexualidad humana está siempre acompañada de la fantasía que, a su vez, la retroalimenta.
2. No depende de periodos de celo sino que es continua.
3. Tiene un arranque difásico, es decir, comienza con el nacimiento, se repliega durante el llamado periodo de latencia y vuelve a ponerse en marcha durante la adolescencia.

*Estudio de las etapas
del desarrollo de la personalidad*

El estudio de las etapas del desarrollo de la personalidad se lleva a cabo a través de la observación de dos fenómenos básicos:

1. La ubicación de la libido en las diversas áreas del esquema corporal que se vuelven centralizadoras y organizadoras de los instintos parciales en cada etapa específica. El placer libidinal de una etapa y, siguiendo un paralelismo de una maduración fisiológica, se cristaliza en un área o áreas del cuerpo, que Freud denomina "zona erógena"³ y canaliza la instintividad de una determinada etapa.

2. El desarrollo del yo y el comienzo y vicisitudes de las relaciones objetales.

Ahora bien, cada una de las etapas del desarrollo psicosexual representa no tan sólo una forma de adquisición de placer, sino que implica también modalidades de adaptación, elementos de identificación, rudimentos de utilización de mecanismos de defensa, maneras de aprendizaje, modelos de relaciones personales primitivas, que impulsan la maduración global y que también la conflictualizan y perturban.

El modelo planteado por Freud⁴ y Abraham⁵, quien lo sistematizó, se refiere específicamente a los destinos de lo libidinal, sin hacer una referencia explícita a la agresión. Sin embargo, ésta se halla siempre presente y el esquema del desarrollo psicosexual debe entenderse como

el resultado del interjuego constante entre los impulsos libidinales y los agresivos. Con anterioridad al planteamiento expreso de la tercera teoría instintiva (en la que ya se considera claramente la dinámica de eros y tánatos), lo agresivo se entiende como una parte integral de lo libidinal.

Los instintos parciales coexisten todos desde el principio pero sus metas se subordinan a las de cada organización determinada. Así, desde el comienzo, el niño encuentra placer y refugio contra la tensión, en las funciones excretoras, en el tocarse, en el explorarse y en la masturbación. Inicialmente la libido está regada a lo largo de todo su cuerpo: de allí que Freud⁶ lo denominara "polimorfo perverso"; pero una vez instalada una organización básica, dígame la oral, los fines de las funciones excretoras o de la masturbación, estarán subordinados a la meta de la oralidad (la incorporación).

Cada una de las etapas representa la cristalización de otras varias, por las cuales está pasando el niño. El ejemplo que da Karl Abraham⁷ para señalar esto es el de un ferrocarril que se detiene tan sólo en las estaciones más grandes, sin que por ello ignore la existencia de aldeas entre los pueblos más importantes. El esquema básico se detiene con minuciosidad en los puntos de organización considerados más importantes (lo oral, lo anal, lo fálico), sin dejar de lado las sensaciones cenestésicas, las de la piel, lo uretral, etc., y las fantasías y modos operativos que les corresponden (ver gráfico 11).

La etapa oral

Un fundamento básico de la etapa oral es la lactancia. La zona erógena central está constituida por la mucosa de los labios y del paladar.

El mundo del niño está determinado por su relación con el pecho, lo cual no se refiere únicamente al pecho anatómico, sino especialmente a lo que Winnicott⁸ denomina "función seno", con lo que hace referencia a las sensaciones de calor, estímulos propioceptivos, tranquilización, aceptación de las proyecciones hambrientas y agresivas del niño y el hecho de sostenerlo calmadamente. El objetivo de esta función seno se cristaliza en lo que este autor llama *holding*.

En el comienzo de la vida, el niño existe en un estado de no-diferenciación con el mundo que le circunscribe y condensa en el pecho de la madre.

Freud considera que al comienzo de la vida, no existe un yo más o



Etapas de la organización libidinal	Etapas del amor (preambivalente) objetivo
I. Primera etapa oral (succión)	Autoerotismo (sin objeto)
II. Última etapa oral (canibalística)	Narcisismo (total incorporación del objeto)
III. Primera etapa anal-sádica	Amor parcial con incorporación
IV. Última etapa anal-sádica	Amor parcial
V. Primera etapa genital (fálica)	Amor objetivo con exclusión de los genitales
VI. Etapa genital final	Amor objetivo (postambivalente)

Gráfico 11: Esquema de Abraham sobre el desarrollo psicosexual del niño

menos diferenciado, a pesar de que en una de sus últimas obras, publicada póstumamente⁹, plantea la posibilidad de un “ello-yo” primitivo, similar al yo del placer. Anna Freud¹⁰, Hartmann¹¹ y Spitz¹² plantean la organización del yo alrededor del octavo mes de la vida. De otra parte, para Melanie Klein¹³, existe desde el nacimiento un yo rudimentario, y algunos autores sustentan la teoría de un yo elemental (una especie de protoyó) en el útero (ver p. 125).

Sea cual sea el esquema que se utilice en relación con el momento genético en el cual se origina el yo, los autores están de acuerdo en que el niño existe en función de la madre y ésta en función del niño.

Winnicott¹⁴ expresa esto con el aforismo: “*There is no such thing as a baby*”, con lo que intenta hacer énfasis en la inextricable relación que une a la pareja madre-hijo. Inicialmente los fines de los instintos sexuales siguen un curso paralelo al interés nutricional, es decir, a los instintos del yo. Paulatinamente la libido y el interés buscan metas diferentes para configurar el conflicto enunciado por Freud en la primera teoría instintiva.

La finalidad central de la etapa oral es la incorporación. El aparato psicobiológico está diseñado y construido para poder incorporar e introyectar a través de cualquier órgano o sistema de órganos. Así, el niño "devora" el alimento, el mundo y los valores, por la piel, las sensaciones, los sonidos y muy particularmente los ojos. Winnicott considera, en relación con el desarrollo emocional, la cara de la madre como el precursor del espejo. Entre nosotros, Ballesteros¹⁵ ha destacado la importancia de la mirada en el proceso incorporativo. El drogadicto que se inyecta intenta reincorporar un monto de placer oral en un mundo infantil, en el que el deseo es igual a la realización de éste. El individuo que se identifica con el personaje de la película, está introyectándolo oralmente por los ojos. En el lenguaje común, se habla de "devorar" un libro o de escuchar una sinfonía con "fruición".

El modelo oral es el más primitivo de relación, tanto para diferenciarse como para intentar fusionarse con el objeto. En la mayoría de las religiones se obtiene la comunión con Dios mediante la introyección oral. La palabra compañero tiene su raíz etimológica (*con-panión*) en la persona que comparte nuestro pan; la mezcla de sangre en algunas tribus tiene la implicación de una fusión oral¹⁶. En el lenguaje se observa también, en los diferentes tipos de relación, un significado muy primitivo oral, que puede demostrar aceptación o rechazo hacia determinadas personas o situaciones. Así, un individuo que no nos gusta es calificado de "impotable", "tóxico", etc.

En los patrones de relación sexual se observa la persistencia de los fines incorporativos. Por ejemplo, en algunas regiones del país se habla de "comerse" a una mujer. No es de extrañar que este tipo de modismo aparezca con más frecuencia en aquellos sitios donde la estructura social es predominantemente machista.

Así, pues, la primera realidad del niño se relaciona con las vicisitudes de su propia oralidad y el primer juicio de realidad tiene que ver con si algo es digerible y, por lo tanto, susceptible de ser introyectado o no, en cuyo caso se proyecta y se considera ajeno y externo.

Las ansiedades básicas de la primera etapa oral tienen que ver con temores profundos de abandono y de muerte (lo que corresponde a la realidad vital del niño: si la madre lo abandona, en efecto muere); de confusión (fusión-con, indiferenciación, pérdida de fronteras); de vaciamiento, que se ven con claridad en el esquizofrénico, que siente que el pecho y, por generalización, el mundo, no le proporcionan suministros sino que invierte la función y siente que el pecho o sus equivalentes simbólicos le roban sus propios contenidos internos. Otro temor corres-

ponde a las fantasías de vampirismo: el ser chupado o succionado del bienestar. Esto se expresa desde el terror legendario que inspiran figuras como Drácula, hasta la sensación neurótica del paciente que siente que si él está mal, alguien succionará su bienestar; si él está bien, está chupando y robando el bienestar de otros, e incluso, dentro de sí mismo, si una parte logra sus metas y ambiciones con sensación de satisfacción, otra, por la culpa inconsciente, debe sufrir las consecuencias.

A cada terror corresponden el deseo y la fascinación. Por ejemplo: el pánico a ser engullido esconde el deseo de ser incorporado a una estructura maternal que proteja y cuide y que frecuentemente se traduce en instituciones. El individuo acepta la dependencia para sentirse, a su vez, parte de algo más grande que él mismo.

El interjuego de introyección y proyección (ver p. 143) entre el niño y su madre determina, en gran parte, las vicisitudes de las ansiedades y temores del lactante, a través del *holding* de Winnicott. Bion^{17 18} adopta el punto de vista de que la gente se construye a sí misma "dirigiendo experiencias". Para Bion, la madre tiene que ejecutar por el bebé funciones mentales que éste aprenderá a ejecutar por sí mismo, si logra internalizarlas. Meltzer¹⁹ resume el modelo bioniano de relación madre-bebé, en los siguientes términos: el bebé que se halla en estado de confusión, experimenta emociones sobre las cuales no puede pensar; proyecta, entonces, las partes angustiadas de sí mismo al interior del pecho de la madre; ésta tiene que llevar a cabo la función de pensar por el bebé; retorna, así pues, a éste las partes perturbadas de sí mismo en una forma que capacita al lactante para comenzar a pensar-soñar.

Bion²⁰ denomina esta función *reverie* y se puede plantear en los siguientes términos:

1. El bebé, a través de la identificación proyectiva, pone en el pecho de la madre sus propios terrores. En este momento carece de elementos que le permitan pensar; los rudimentos de su mente están determinados por lo que Bion llama elementos beta, destinados apenas a evacuar, a través de identificaciones proyectivas, la angustia.

2. El niño proyecta su terror y caos y su miedo a la muerte, que Bion denomina "el terror sin nombre".

3. Si la madre, a través de lo que Bion llama elementos alfa y función alfa (pensamiento) metaboliza los terrores del niño, aminora, entonces, la virulencia del instinto de muerte y devuelve estos terrores atenuados, permitiendo así que el bebé produzca elementos alfa, que construyan paso a paso su mente para, eventualmente, estructurar su propia función alfa destinada a "producir pensamientos" (no existe una función beta). Si la madre, por su propia angustia, no metaboliza las identificaciones proyectivas del niño, éstas se devuelven y revierten hacia el bebé aumentando su terror y agigantando el caos, ya que en esas condiciones sus vivencias "carecen de sentido".

Estos procesos se observan con claridad en el esquizofrénico y en el pensamiento psicótico. El paciente proyecta lo caótico de la desestructuración de su proceso mental en el terapeuta. Si éste, por la función de *reverie*, asume por él la función de pensamiento, a través de un regazo terapéutico sólido por la utilización de la función alfa, podrá devolver al paciente elementos integradores que le ayuden a intentar la reconstrucción de su mente fracturada.

El objetivo de la reacción adaptativa de la primera niñez es aprender a comer y a incorporar. La madre es quien más contribuye a la modulación de la tonalidad afectiva de la experiencia.

El niño aporta su vigor, su avidez, su hambre y su capacidad de comunicar la sensación de estar saciado, etc. El intercambio puede alterarse a nivel de cualquiera de los dos participantes (una madre joven con miedo a disfrutar la experiencia de la lactancia, puede sentir la avidez del niño como una especie de glotonería repugnante y comunicarle, a su vez, ese rechazo al niño), pero corresponde a la madre lo que podría llamarse *función de selectividad*, por la cual es capaz intuitivamente, de discriminar los matices de las diversas necesidades orales del niño, que *no siempre se relacionan con comida*.

Spitz²¹ describe dos tipos de distorsiones de la relación madre-niño durante el primer año de vida.

1. *Distorsiones cuantitativas*, que se relacionan con el abandono de la madre y que, en caso de persistir, se traducen en una pérdida progresiva de las funciones adquiridas del bebé, que paulatinamente lo llevan al marasmo y al cuadro que Spitz llama hospitalismo, cuyo índice de mortalidad es extremadamente elevado.

2. *Distorsiones cualitativas o reacciones psicotóxicas*, que se refieren a problemas que son el resultado de factores congénitos en el niño y de una actividad específica e inadecuada de la madre frente a su hijo.

Spitz plantea estos cuadros clínicos siguiendo una secuencia de aparición cronológica:

1. La repulsa o rechazo activo al bebé tiene como consecuencia vómitos y dificultades respiratorias en el niño.

2. La repulsa global o rechazo pasivo, en el que la aversión no se refiere directamente al bebé sino a todo lo sexual, incluyendo el embarazo y el parto y al bebé como producto de estos. La respuesta del niño es el llamado "coma de Ribble", así llamado por la pediatra que lo describió.

3. En el cólico de los tres primeros meses, descrito por el doctor Spock, se conjugan tres factores:

a. Una necesidad incrementada de descarga en el niño, basada en una hipertonicidad muscular, genéticamente determinada.

b. La tolerancia excesiva angustiosa primaria es un tipo especial de actitud materna caracterizada por demasiada protección maternal.

c. El horario a voluntad (*self demand*).

En este cuadro se ve claramente, además de la conjugación de factores genéticos, psíquicos y sociales, la falla de la madre en lo que se ha llamado antes "función de selección". El niño se irrita y pide descarga oral. La madre interpreta esta necesidad en términos de comida y lo alimenta. Inicialmente el niño se tranquiliza pues la comida le proporciona un tipo de descarga oral, aunque diferente al que requiere.

Muy pronto la comida aumenta la irritabilidad gástrica e intestinal, lo que, a su vez, produce hipertonicidad y lleva de nuevo al cólico. Spitz cita el trabajo de dos pediatras mejicanos, Soto y Alarcón, que demostraron que en orfanatos u hospitales, donde el horario de comida es extremadamente rígido, los niños no presentan el cólico de los tres meses. Tampoco se ha observado éste en niños indígenas de los Andes, cuyas madres los llevan cargados continuamente sobre su

espalda, lo que les proporciona una descarga oral continua, no relacionada con la comida.

La desaparición, frecuentemente súbita después de los primeros meses, la explica Spitz²² en términos de que en este momento el bebé no depende ya en forma tan exclusiva de la interrelación con la madre para la obtención de estímulos.

4. La hostilidad enmascarada de ansiedad (eczema infantil, dermatitis atópicas). Las correlaciona con un exceso de irritabilidad cutánea en los niños y una hostilidad muy intensa y reprimida en las madres, en su mayoría pequeñas delincuentes y de nivel intelectual más bien bajo, que tendían a evitar el contacto físico con sus hijos y que frecuentemente les hacían daño accidentalmente.

5. Fluctuaciones entre mimo y hostilidad en la madre y balanceo y cabeceo en el niño. La conducta de la madre, autocontradictoria e inconsecuente, impide la introyección de un objeto emocionalmente estable, lo que, para simplificar las cosas, lleva a que cada situación con el objeto sea abordada sobre la base del tanteo y del experimento, como una aventura peligrosa.

6. Oscilaciones cíclicas de onda larga entre depresión y euforia en la madre, a las que el niño responde con coprofagia, que Spitz considera muy rara en niños normales, durante el primer año de vida. Muchos de estos niños presentaban, además, estados afectivos de depresión. El humor depresivo de la madre genera en el niño una inclinación, facilitada genéticamente, hacia las tendencias depresivas y a incorporar oralmente el objeto perdido, con lo cual imita la depresión de la madre.

7. La hostilidad materna compensada conscientemente, que se presenta en madres para quienes el hijo sirve más de desahogo para sus satisfacciones narcisísticas y exhibicionistas que como objeto amoroso, pero que, no obstante, se sienten culpables por esta actitud y conscientemente la compensan con mimos agrídulces. Estos niños suelen ser particularmente hábiles para la manipulación de juguetes pero simultáneamente destructivos, hiperactivos, no muy sociables y carentes de interés por contacto con seres humanos: "niños hipertímicos agresivos" de Bowlby.

El paso de la primera a la segunda etapa oral está determinado por fantasías en cuya base se encuentran cambios en la anatomía y fisiología del niño. Este pasa por la dentición, lo que significa que el cartílago tiene que abrirse paso a través del tejido blando, con el consiguiente dolor, malestar y sensación de ser atacado.

Para Freud y Abraham²³, antes de tomar en consideración las implicaciones del instinto de muerte, este paso constituye el momento en que la agresión cobra su mayor intensidad en el niño y en el que el sadismo se hace más intenso.

La dentición y el desarrollo de los músculos maseteros implican la necesidad de alimento semisólido y la trituración del alimento, o sea, que el momento de mayor fusión con el objeto comida es también el de la destrucción de éste. La actividad sexual dominante es el morder, que implica el destruir. En la clínica, este fenómeno se traduce en la ambivalencia (utilizada en el sentido de Freud y Abraham) (ver p. 90), que se observa en el melancólico, para quien el absorber cosas del mundo y de la vida le inhibe, puesto que significaría su destrucción automática. De allí el nombre de etapa sádico-oral u oral-canibalística, con que se conoce esta fase.

En el transcurso de las dos etapas orales se gestan puntos de fijación que se traducirán en formas de ser, tipos de personalidad y, en algunos casos, trastornos de carácter y cuadros patológicos sintomáticos. Así, la primera etapa oral se considera el punto de fijación básico para la esquizofrenia; un primer momento de fijación de la paranoia, así como para la psicopatía, el alcoholismo y las toxicomanías (se busca, por incorporación, lo que no se puede elaborar por el principio de realidad y de las enfermedades psicosomáticas).

La fijación en la segunda etapa oral se relaciona con la psicosis maniaco-depresiva.

Durante la etapa oral se encuentran también en el niño perturbaciones que van desde el síndrome llamado *failure to thrive*²⁴ ("falla en florecer"), caracterizado por apatía, dificultades en el comer, y el no aumento de peso, que constituyen el barómetro del clima emocional del hogar, hasta llegar a las psicosis infantiles, que Cobos²⁵ recopila en tres tipos:

1. Autismo infantil

2. Desórdenes psicóticos interaccionales

3. Otras psicosis infantiles

Entre las características del autismo infantil precoz, descrito por Leo Kanner²⁶ en 1943, se encuentran la incapacidad para relacionarse con la madre, el padre, otros niños u otros adultos significativos; aislamiento y retraimiento; lenguaje muy empobrecido (aunque muchos presentan mutismo congénito); calidad repetitiva de las frases; necesidad de organización de su mundo de una manera rígida y estereotipada, con tendencia a acciones repetitivas que parecen esenciales para la conservación de su medio ambiente; imposibilidad de defenderse de los peligros; relaciones muy intensas con objetos inanimados, particularmente de forma circular, que les permiten ejercer poder y control. Cobos²⁷ considera que el pronóstico que, por supuesto, depende en gran parte del tratamiento, es sumamente reservado.

Entre las psicosis interaccionales se destaca la psicosis infantil simbiótica estudiada por Mahler²⁸, entre cuyos rasgos centrales se cuentan: ataques de pánico precipitados frecuentemente por separaciones de la madre; hipercatexis de alguna parte del cuerpo; tolerancia muy baja a la frustración y confusión entre amor y agresión, que se manifiesta cuando a los momentos de más necesidad de contacto corresponde también el mayor rechazo a éste. El problema básico se relaciona con la falla en el proceso de separación-individuación.

En el autismo, el bebé no carga, no catectiza la figura de la madre. En la psicosis simbiótica de Mahler, la catectiza pero concebida tan sólo como una unidad con él mismo.

La sublimación de lo oral se puede observar en la avidez de conocimientos, en la capacidad de entregarse a una causa, en los *gourmets* y, en general, en las tendencias reparatorias en el contacto íntimo con otros seres humanos a través de la ternura y el cariño.

Etapas anal

El tránsito de la etapa oral a la anal está determinado, desde el punto de vista de la maduración, por el proceso de la mielinización y las fantasías y objetos concomitantes. La complementación de la mielinización, que ocurre cerca de los dos y medio años de vida, implica que el niño puede, a nivel cortical, regular sus esfínteres; también tiene otras

connotaciones: adquiere la estación bípeda y refuerza el equilibrio, lo cual significa que su entorno y su medio ambiente se amplían enormemente y, por lo tanto, tiene que desarrollar nuevas adaptaciones para poder manejar y *controlar* el mundo que lo rodea.

Durante la etapa anal no desaparecen las pulsiones instintivas que provienen de la fase oral anterior. Existe una continuidad *epigenética*²⁹: lo anal proviene de lo oral, que adquiere, entonces, un significado nuevo, centrado en las funciones de excreción y retención y se continúa hacia lo fálico-edípico, subordinado, ahora, a las metas de esta etapa.

La zona erógena básica de esta fase es la mucosa del ano y el placer instintivo central está dado primeramente por el paso del bolo fecal a través del esfínter anal para la expulsión, y posteriormente para la retención.

El objetivo fundamental de esta etapa es el control, o sea: control de esfínteres, control de sí mismo, control de los objetos, control social.

El acto de expulsión de la materia fecal o de su retención constituye el patrón de una serie de fantasías, modalidades de relación interpersonal y mecanismos adaptativos. Por una parte, la excreción constituye el modelo del acto de dar. Dar en un sentido expulsivo, proyectivo y agresivo; dar a manera de regalo; dar o no dar como manejo social. Parte del valor que tienen las materias fecales se relaciona con la actitud que tienen los padres hacia las deposiciones del niño y con los mecanismos de manejo social y obediencia y rebeldía.

Existe una relación marcada entre la materia fecal y el sadismo. El sadismo, además de cualquier otra consideración, es el erotismo de la musculatura estriada, dado que la región glútea constituye el área más poderosamente musculada del cuerpo humano.

Por otra parte, hay un nexo marcado entre lo anal y la ambivalencia en el sentido universal que le diera Freud y que parte de la anatomía: el recto se presta mucho para fantasías de doble significado, ya que, al mismo tiempo que es un órgano expulsivo, es también un órgano hueco que tiene posibilidades de ser penetrado, con las consiguientes fantasías de intrusión, violación y perforación. De allí su vinculación con fantasías homosexuales y las correspondientes defensas contra éstas. Tanto en la expulsión como en la retención, hay componentes eróticos y agresivos. Lo agresivo puede estar determinado por la expulsión misma o por la rabia que impide el dar, y que llevaría a la retención.

Hay también lazos entre lo anal y el dinero. El bolo fecal constituye el primer modelo de posesión. Dinámicamente, una posesión

es algo, visto en el afuera, que tiene características del propio yo³⁰. Esta relación entre el dinero y la materia fecal aparece a través de proverbios populares, situaciones habituales y fantasías que la atacan ("El dinero es el estiércol del diablo"), o en las que se manifiesta más directamente, tales como en el adagio alemán e inglés: "Es tan tacaño que no defeca ni una fresa".

Sterba³¹ trae una serie de ejemplos en los cuales se evidencia esta relación: en la Edad Media, por ejemplo, a los deudores morosos se les ponía en la picota, luego de suministrarles un purgante. Los ladrones dejan, con frecuencia, un paquete de materias fecales, a guisa de pago simbólico por lo robado, así éste no sea excesivamente apreciado por la víctima. En el famoso cuento de hadas, *La mesa, el burro de oro y el palo brincador*, de los hermanos Grimm, cuando el protagonista pronuncia: "¡Brikibrit!", el asno mágico evacúa oro por la boca y por el ano. En Austria se acostumbra adornar los árboles de Navidad con un muñeco que expulsa monedas por el ano (*Dukatenscheisser*).

Así, pues, para el inconsciente, oro, dinero y materias fecales son una sola y misma cosa.

Es frecuente entre los niños la fantasía del parto anal que aparece en la construcción del parto en el repollo o en el terror que denota una niña de tres o cuatro años al expulsar una lombriz y manifestar explícitamente que ha arrojado un bebé.

La transición de la primera a la segunda etapa anal (retentiva) constituye un buen ejemplo de cómo una modalidad instintiva a la cual se escapa, se transforma en sí misma, en nueva fuente de placer. El placer proporcionado por la expulsión se coarta a medida que la educación y la sanción social impiden al niño jugar con objetos que ensucian y particularmente con excrementos. El niño retiene, entonces, por angustia y miedo, pero esta retención se libidiniza secundariamente con el ingrediente adicional del placer derivado de lo furtivo y secreto. De allí el vínculo entre lo anal y actividades de tipo clandestino. El valor secreto que tienen, por ejemplo, para el coleccionista los objetos coleccionados, proviene de la valoración infantil de la materia fecal.

El control basado en patrones de la primera etapa anal expulsiva difiere en sus metas y expresiones del que tiene su origen en la segunda etapa anal retentiva. Así, el control de la fase expulsiva es más brutalmente proyectivo y guarda más relación con lo paranoide. Se basa en la humillación, en la fuerza física, en la tortura y en el aniquilamiento. Los "camisas negras fascistas" solían incluir entre sus festejos la intimida-

ción y humillación de sus oponentes, mediante la administración de aceite de ricino. Asimismo el componente sádico anal se ve con claridad en el torturador: Kramer y Sprenger, dos dominicos, autores a mediados del siglo XV, del *Malleus Maleficarum*³² ("Martillo de las brujas"), verdadero manual de caza y detección de histéricos "posesos", así como una guía de tortura y una concepción de institución totalitaria, describen minuciosamente cómo los demonios activos (íncubos) penetran analmente a las brujas para llevarlas a cometer sus hechizos y cómo el suplicio debe corresponder al grado de posesión demoniaca.

El control basado en la segunda etapa anal es más sutil y se estructura más sobre la base de la retención. Su objetivo es la retención del objeto y se ve muy bien ejemplificado en comedias y óperas barrocas en las que un anciano con características obsesivas de tacañería, meticulosidad, constipación y tendencia al control insidioso, aprisiona a su joven esposa, hija o sobrina, a quien vigila cuidadosamente y a la que impide salir de la casa o ser visitada, hasta que un joven galán, que representa lo fálico, se la rapta. Por supuesto, no es indispensable acudir al barroco para encontrar esta situación que se presenta frecuentemente en nuestro propio ámbito social.

La persona con carácter obsesivo presenta una disociación entre un yo precozmente desarrollado y una regresión de la libido (el yo avanza hasta lo fálico en tanto que la libido retorna a la etapa anal).

Entre las características ya descritas del obsesivo (ver p. 79), esta disociación se refleja en una sobreevaluación de lo intelectual, que convive con una gran inclinación hacia la magia. Lo anal constituye la raíz instintiva del pensamiento filosófico. Sin embargo, en el verdadero carácter anal, este tipo de pensamiento se convierte en pseudoabstracto; y se le denomina en psicopatología "rumiación" y frecuentemente se refiere a temas tales como el porqué las nubes son grisáceas. La duda se relaciona con la ambivalencia y los conflictos inconscientes que representan constituyen ediciones especiales de cuestionamientos generales, tales como masculinidad frente a feminidad (bisexualidad), amor-odio y demandas del ello frente a las exigencias de la conciencia moral³³. Asimismo se observa que el paciente obsesivo hace preparativos constantes para un futuro y rara vez vive plenamente el presente por temor a "lo de verdad", pues simultáneamente tiende a vivenciar el pensamiento como si fuera la acción (omnipotencia del pensamiento).

Durante la etapa anal se vuelve muy importante lo que Ferenczi³⁴ denominó "la moral esfinteriana", basada en el control, el temor al

castigo y los precursores del superyó: el asco, el pudor y la vergüenza.

Abraham³⁵, mediante la observación clínica cuidadosa de pacientes maniaco-depresivos, vio en los periodos libres de la enfermedad circular, la prevalencia de conductas y mecanismos de tipo obsesivo. Esta observación le sirvió de punto de partida para ubicar la frontera entre psicosis y neurosis, en un espacio virtual ubicado entre las dos etapas anales.

Los fenómenos psíquicos se reconocen bien por su observación o, lo que es más frecuente, por las defensas que contra ellos se erigen. Si uno camina por la calle, no observa habitantes de otros planetas ni tampoco escuadras de policía disponible contra posibles invasiones de otros planetas. Esto le permite colegir que las posibilidades de una invasión extraterrestre son más bien remotas. Si va, en cambio, a un *campus* universitario o a un barrio cerrado, es factible que no vea estudiantes revoltosos o ladrones; pero la presencia de escuadrones de policía antimotines o de numerosos celadores constituyen un indicador de que el peligro de la revuelta es bien real. La sociedad de consumo en la que vivimos no hace, por supuesto, apologías directas del erotismo anal. Si se estudian con cuidado, empero, los anuncios de la televisión, se ve que más de la mitad de ellos se relacionan con purificadores de aire, desodorantes, remedios contra la caspa y, en general, artificios destinados a reforzar cualquier defensa contra elementos que semejen olores y sabores naturales. De esto se puede deducir que la tendencia al erotismo considerado "sucio" es bastante intensa y su represión tiene que ser reforzada con formaciones reactivas.

En la segunda etapa se conserva y retiene el objeto para controlarlo; si la regresión va hasta la etapa oral, se pierde el objeto que se cae en el funcionamiento psicótico. Grinberg³⁶ considera que en la segunda subfase se puede establecer otra distinción relacionada con los mecanismos obsesivos utilizados. En el nivel más regresivo (primera etapa anal), se funciona con el control omnipotente visto en pacientes narcisistas, difíciles y egoístas. El control omnipotente es un medio de negar la dependencia y hacer sentir al objeto la necesidad de depender. El control adaptativo, en cambio, es más maduro e integrado, toma en consideración el objeto y su fracaso lleva a la regresión, al control omnipotente y a la aparición de síntomas de despersonalización. La oscilación entre ambos tipos de control muestra la dinámica entre los procesos de desintegración y restitución del yo, en fenómenos macroscópicamente patológicos, pero también en síntomas leves de desperso-



nalización que se manifiestan, por ejemplo, en mareos o vacíos, al final de las sesiones psicoanalíticas y en los procesos que cursan del dormir al despertar, que trae una recuperación de las funciones yoicas y reestablece el contacto con la realidad y con los mecanismos obsesivos que aseguran el control.

La fijación en la primera etapa anal se relaciona con lo paranoide y lo obsesivo más rudimentario. La fijación en la segunda etapa anal, se liga con la neurosis obsesivo-compulsiva y la estructura de personalidad obsesiva.

La sublimación de lo anal tiene mucho que ver con los sistemas éticos y con la creatividad en la literatura, la música y con más claridad en las artes plásticas. Vale la pena repetir, una vez más, que lo creativo no puede ser explicado tan sólo en términos de la teoría instintiva y de la comprensión psicoanalítica. El acto creativo tiene componentes que desbordan la comprensión obtenida mediante la utilización de una lente disciplinaria y guarda además, un elemento de misterio. Simultáneamente, es bueno hacer énfasis en que el nexo que existe entre los sistemas filosóficos, la pintura o la escultura con la instintividad anal, no le resta de manera alguna nada de sus méritos, de su valor o de su singularidad; antes bien, y por el contrario, plasma el lazo de las manifestaciones más sublimes del ser humano y su condición biológica, lo cual reafirma su autenticidad.

*Algunas consideraciones sobre el desarrollo del yo,
las relaciones objetales y la personalidad narcisística*

Se había visto que la teoría psicoanalítica del desarrollo psico-sexual de la personalidad gira alrededor de dos ejes: la ubicación de la libido en las diferentes zona erógenas centralizadoras y las vicisitudes de la relación objetal.

Para Freud, el niño pasa inicialmente por una fase que denomina autoerótica³⁷ en la cual no hay una organización yoica y que Freud considera anobjetal. El niño existe, como se dijo, en un estado de confusión (fusión-con) (ver p. 94). Pasa después a una fase de *narcisismo*, en la cual ya existen un esquema organizativo y un objeto, que es el propio cuerpo.

Freud³⁸ considera dos tipos de narcisismo: el primario y el secundario, que implica ya un retorno a la organización narcisística, y que se observa en condiciones fisiológicas tales como en la adolescencia

o en la esquizofrenia y en los cuadros paranoides. En estos, lo libidinal y lo agresivo se concentran en el propio yo (ver p. 90).

Para Freud, al principio el narcisismo es visto como una perversión sexual. Paulatinamente aprende el significado de este estado en el contexto evolutivo emocional del ser humano. Sin embargo, el narcisismo, hasta hace relativamente poco, se estudió básicamente como fenómeno psicopatológico. Freud considera, en el contexto de la segunda teoría instintiva, libido objetal y libido narcisística como antitéticas. En últimas, mientras más se da de sí mismo, más se empobrece el yo; y mientras más se retiene libido narcisística, mayor acercamiento hay a la psicosis.

Klein³⁹ mantiene la contraposición entre narcisismo y relaciones objetales y capacidad de reparación.

En los últimos años, empero, se ha hecho énfasis en el narcisismo como fenómeno evolutivo, y en los aspectos complementarios del narcisismo y de la relación objetal. Se ha señalado (ver p. 90) que el exceso y la distorsión de la modalidad narcisística de desarrollo llevan a buscar un mundo simétrico, con relaciones idealizadas, que necesariamente fracasan. No debe olvidarse, sin embargo, que el narcisismo constituye, en primer término, la fuente básica de autoestima y que el *dar de sí* implica un placer narcisístico si este dar es genuino, en contraposición con la renuncia altruista que describe Anna Freud⁴⁰, y que implica la negación masiva de aspectos importantes de sí mismo.

Kohut⁴¹ distingue lo que denomina catexias del *self* y catexias de las funciones del yo. El narcisismo, para Kohut, es la catexis libidinal del *self*, que es una estructura catectizada dentro de la mente, con continuidad en el tiempo y con representaciones en el ello, el yo y el superyó. En cada una de estas estructuras, puede haber varias representaciones del *self*, simultáneas e incongruentes entre sí⁴². La falta de discriminación entre yo y *self* ha llevado a algunos autores a suponer, equivocadamente, que el narcisismo excluye las relaciones objetales⁴³.

Kohut considera que las experiencias narcisísticas más intensas se relacionan con los objetos utilizados al servicio del *self* y del mantenimiento de sus instintos y efectos, experimentados como parte integral de éste. El equilibrio del narcisismo primario es perturbado por las inevitables frustraciones, pero el niño intenta reestablecer la perfección previa mediante una imagen grandiosa del *self* que denomina "*self* grandioso". La experiencia de un *self* unido, que es consecuencia de una representación confiable de la imagen del *self*, es una precondition para que el yo funcione cohesivamente. Kohut conceptúa que existe un

objeto arcaico catectizado con libido narcisística, que está en íntima relación con el *self* arcaico, que no se vivencia como una parte del *self*. Denomina a este objeto *self object*. Para Kohut, el narcisismo tiene modalidades y experimenta transformaciones. El desarrollo simultáneo del narcisismo y de lo objetal y de sus diferentes líneas de desarrollo, coexisten a lo largo de la vida.

Una línea de maduración llevaría de

- autoerotismo, a
- narcisismo primario, a
- transformaciones del narcisismo.

En tanto que simultáneamente una segunda línea de desarrollo va de

- autoerotismo, a
- narcisismo primario, a
- relación objetal.

Como lo destaca Inga de Villarreal⁴⁴, para Kohut, las fijaciones y perturbaciones en el área de las transformaciones del narcisismo, dan lugar a los trastornos narcisistas de la personalidad, mientras que las fijaciones y perturbaciones en el área del amor objetal dan origen a las neurosis de transferencia.

Kohut plantea una diferencia básica entre libido narcisística y libido objetal (que para Freud difieren tan sólo en lo que concierne a su distribución económica en el yo o en los objetos); en el área del narcisismo hay relaciones de objeto revestidas de libido narcisística (*self objects*). Para la contraparte del narcisismo no corresponde a las relaciones objetales, sino al amor objetal en el cual el objeto se reviste de libido objetal, en lugar de libido narcisística. En los procesos de maduración, la libido narcisística puede modificar sus objetivos arcaicos y proporcionar la energía para los logros yoicos reflejados en aumento de la autoestima, empatía, creatividad, sentido del humor.

El narcisismo primario evoluciona simultáneamente hacia dos configuraciones:

- El *self* grandioso o *self* narcisista.
- La imagen idealizada de los padres.

El equilibrio del narcisismo primario se ve perturbado por las inevitables frustraciones derivadas de las deficiencias en el cuidado materno. Pero el niño intenta restablecer la perfección previa, mediante estas estructuras grandiosas. A veces, según el individuo y su circunstancia, adquiere más importancia la imagen idealizada y, otras, el *self* grandioso. Si hay demasiada fijación alrededor de alguna de estas estructuras, predominarán los trastornos narcisísticos; si, en cambio, la fijación se centra en objetos sexuales tempranos, la tendencia es al desarrollo de una neurosis. En condiciones propicias, favorecidas por los padres, el niño aprende a aceptar limitaciones realistas y la libido narcisista encuentra su camino en funciones y actividades yoicas. Para que la imagen idealizada de los padres se desarrolle positivamente, se requiere que éstas sean confiables, con el fin de que el niño pueda aprender a manejar las separaciones y se produzca un cambio gradual del *self object* a objetos internalizados. Las vicisitudes de las configuraciones arcaicas dependen tanto de los rasgos específicos del narcisismo de un niño como de las características de las personas que lo rodean. Si se producen interferencias graves en el desarrollo, estas estructuras arcaicas se escinden del yo-realidad y no son asequibles, por lo tanto, a influencias externas. El *self* grandioso y sus objetos no pueden ser reconocidos por la parte sana de la personalidad y son descritos por el paciente como "ajenos a sí mismos". En este caso, las energías de la libido narcisista no están a disposición del yo, y esto explica ciertas quejas de los pacientes con trastornos narcisísticos de personalidad, tales como apatía, falta de interés en el trabajo y, en los demás, sentimientos de vacío, etc.

En el transcurso de los tratamientos psicoanalíticos, los pacientes con trastornos narcisísticos hacen una transferencia del *self* grandioso, que corresponde a la imagen de los padres idealizados; y las estructuras del *self* grandioso se unen con la representación psíquica del analista para configurar lo que Kohut⁴⁵ denomina "transferencia en espejo" que, a su vez, presenta tres modalidades:

— El paciente vivencia la fusión con el analista por extensión del *self* grandioso.

— Transferencia del alter ego, en el cual el paciente se siente al analista como un gemelo similar o igual a sí mismo.

— Transferencia en espejo propiamente dicha, en la que el

paciente vivencia al analista como una persona separada, pero el analista no tiene importancia alguna sino en función de las necesidades producidas por la activación terapéutica del *self* grandioso, inducida por la regresión^{46 47}.

La regresión terapéuticamente inducida lleva a estos pacientes a contactar las configuraciones arcaicas narcisistas, coherentes entre sí, que permiten la estructuración paulatina de transferencias estables. Esto los diferencia de la esquizofrenia en la que la regresión al autoerotismo lleva al enfermo a una fragmentación del *self* y a una fractura del yo de calidad básicamente diferente.

Otto Kernberg⁴⁸, a través del estudio profundo de lo que denomina "organizaciones fronterizas de la personalidad", sintetiza algunas ideas de Freud, Klein y Kohut, y considera que muy tempranamente se estructuran configuraciones primitivas sobre la base de la idealización, la escisión y la identificación proyectiva. El *self* grandioso de Kohut es, para Kernberg, el resultado de la condensación patológica de lo que denomina "*self* real" (niño-problema con gran instintividad tanática que se fija en los mecanismos de identificación proyectiva) con el "*self* ideal" u "objeto ideal", resultante de fantasías de omnipotencia y omnisciencia que sirven para compensarlo de frustraciones orales graves, derivadas de la envidia. A diferencia de Kohut, el *self* grandioso es visto por Kernberg como una estructura patológica diferenciable desde el comienzo del narcisismo normal infantil. Kernberg considera que el *self* grandioso representa una forma compensatoria de los efectos debilitadores del ego, causados por la primitiva organización patológica. En el fronterizo, estas configuraciones arcaicas surgen precozmente en el psicoanálisis y lo dificultan en la medida en que, en su raíz se encuentra la envidia, en el sentido kleiniano, que lleva a que los pacientes tiendan a destruir la relación transferencial, tal y como necesitan demoler masivamente cualquier frente de amor y gratificación para poderse mantener en el refugio precario de las imágenes idealizadas de las figuras parentales y/o del *self*.

Para recapitular brevemente las ideas de Freud sobre el desarrollo más temprano del yo y de las relaciones objetales, se repite lo anteriormente expuesto:

1. Existiría una primera fase de autoerotismo que corresponde a una situación de con-fusión y en la que no hay una verdadera organización. Cabe anotar que, en algunas obras, Freud da al autoerotismo un significado distinto, relacionado con la expre-

sión sexual del yo. Se emplea aquí el término autoerotismo en la primera acepción.

2. El narcisismo primario, en el que a pesar de que tampoco existe una diferencia clara entre el yo y el objeto externo, hay ya un objeto que es el propio cuerpo. El narcisismo es el complemento libidinal del egoísmo⁴⁹, y Freud, en un momento dado, considera que el egoísmo puede implicar una ventaja para el individuo, en tanto que el narcisismo se usa solamente cuando hay una satisfacción libidinal. Lo contrario del egoísmo narcisista, para Freud, es el altruismo. En los casos en que un ser humano está completamente enamorado, el altruismo está presente también como necesidad de gratificación libidinal directa. Habitualmente un objeto sexual atrae el narcisismo del sujeto y sucede, entonces, lo que Freud llama "sobreevaluación sexual del objeto". Si el altruismo reemplaza al egoísmo, el objeto deviene tan importante, que casi absorbe al yo, tal y como lo ejemplifica Anna Freud⁵⁰ con el Cyrano de Rostand.

3. Ubicada entre el narcisismo y la relación objetal global, se encuentra la relación anaclítica, que denota una dependencia en la posesión de un objeto externo para la gratificación. Para Freud⁵¹, habría dos tipos de escogencia objetal: la narcisística, "quiero ser igual a ti" y "que tú seas igual a mí" y la anaclítica, "quiero tenerte".

Lo anaclítico puede tomarse como un puente; el objeto existe pero únicamente en la medida en que constituye fuente de suministros.

4. El edipo, sus vicisitudes y su disolución, estructuran la etapa que para Freud, permite el verdadero reconocimiento y distinción de un objeto externo al que se ama y se busca, distinto al sí mismo y a los objetos del *self* narcisístico.

NOTAS

1. S. Freud, "Una teoría sexual".
2. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
3. S. Freud, "Una teoría sexual".
4. *Ibidem*.

5. K. Abraham, *Un breve estudio en la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales*.
6. S. Freud, "Una teoría sexual".
7. K. Abraham, *Un breve estudio en la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*.
8. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
9. S. Freud, "Esquema del psicoanálisis".
10. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
11. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
12. R. Spitz, *El primer año de vida del niño*.
13. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
14. D. Winnicott, *Playing and Reality*.
15. G. Ballesteros, "El ojo de la madre como objeto parcial".
16. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
17. W. Bion, *Aprendiendo de la experiencia*.
18. W. Bion, *Brazilian Lectures*.
19. D. Meltzer, "Kleinian Expansion of Freud's Metapsychology".
20. W. Bion, *op. cit.*
21. R. Spitz, *El primer año de vida del niño*.
22. *Ibidem*.
23. K. Abraham, *Un breve estudio en la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*.
24. F. Redlich & D. Freedman, *The Theory and Practice of Psychiatry*.
25. F. Cobos, *Psiquiatría infantil*.
26. L. Kanner, *Psiquiatría infantil*.
27. F. Cobos, *op. cit.*
28. M. Mahler, "On Child Psychosis and Schizophrenia".
29. E. Erikson, *Childhood and Society*.
30. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
31. R. Sterba, *Teoría psicoanalítica de la libido*.
32. H. Kramer y J. Sprenger, *Malleus Malleficarum*.
33. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
34. S. Ferenczi, *The Development of Psychoanalysis*.
35. K. Abraham, *Un breve estudio en la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*.
36. L. Grimberg, "Aspectos regresivos y evolutivos de los mecanismos obsesivos: el control omnipotente y el control adaptativo".
37. S. Freud, "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia".
38. S. Freud, "Introducción al narcisismo".
39. M. Klein, *Amor, odio y reparación*.
40. Anna Freud, *The Ego and Mechanisms of Defense*.
41. H. Kohut, *The analysis of the Self*.
42. M. Pacheco, "Narcisismo sesenta y un años después".

43. I. Villarreal, "Introducción al narcisismo. Algunos conceptos de Kohut".
44. I. Villarreal, *op. cit.*
45. H. Kohut, *The Analysis of the Self*.
46. I. Villarreal, "Introducción al narcisismo. Algunos conceptos de Kohut".
47. H. Kohut, *op. cit.*
48. O. Kernberg, *Bordeline Personality Organization*.
49. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
50. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
51. S. Freud, "Introducción al narcisismo".

11. EL EDIPO

*Los ojos de Dick, por un momento límpidos
como los de un niño, pedían su simpatía y sintió
por un momento la vieja necesidad de
convencerla de que él era el último hombre en el
mundo y ella la última mujer. ...Así no se vería
forzado a mirar esas otras dos figuras, un
hombre y una mujer, en blanco y negro y
metálicos, vislumbrados contra el cielo...*

F. Scott Fitzgerald, *Tierna es la noche*

Alrededor del tercero, cuarto o quinto año de la vida comienzan a presentarse en el niño una serie de fenómenos que demarcan, para Freud, como se dijo antes, una verdadera relación con un objeto externo total. La libido y la agresión se centran en el pene del niño y en el clítoris de la niña. La teoría de Freud es, en este aspecto, falocéntrica desde el comienzo mismo de su postulación, lo cual ha originado interesantes debates, dentro y fuera del psicoanálisis. La zona erógena central, pene o clítoris, representa narcisísticamente la totalidad de la personalidad (como antes la boca o las funciones excretoras) y, por consiguiente, cualquier ataque al pene es vivenciado por el niño en términos de la aniquilación total. Dichos ataques toman para el niño una dimensión de realidad en la medida en que se da cuenta de la diferencia anatómica entre los sexos¹. Hacia la misma época, el niño varón comienza a sentir atracción sexual, focalizada en el pene, hacia la madre y concomitantemente experimenta sentimientos ambivalentes de hostilidad y rivalidad hacia el padre, poseedor sexual de la madre y que, además, representa el poder, la potencia, la autoridad.

Fantasía y recuerdo

Inicialmente, Freud da mucha importancia a que el niño hubiera

escuchado, observado o sentido de alguna manera el coito de los padres, lo que denomina "escena primaria", matizada por los propios elementos sádicos de la sexualidad infantil. Posteriormente, a través de la observación clínica, se da cuenta de que esta vivencia puede corresponder a algo recordado o algo fantaseado sin que esto aminore el impacto que tiene sobre el niño. *La fantasía puede tener para el niño o para el adulto que fantasea mediante lo que Freud llamara recuerdos encubridores o recuerdos pantalla, el mismo valor que el recuerdo*². De esta manera, las fantasías de violación relacionadas con la niñez, que experimenta una mujer histérica, pueden no haber sucedido en la realidad externa, pero para ella tienen una validez absoluta y son parte determinante, por ejemplo, de la frigidez. *El neurótico vivencia sus fantasías con la misma intensidad y convicción que el delirante sus ideas*. Al descubrir el niño varón que hay seres humanos que carecen de pene, la fantasía es de que el falo es inexistente porque el padre debió cortarlo por sentimientos similares a los que él mismo experimenta. Esta fantasía que Freud denomina "angustia de castración" toma relevancia, se hace funcional y domina en forma terrorífica la vida del niño.

La angustia de castración corresponde a lo que Freud llama "angustia objetiva" (ver p. 30). El niño espera, por otra parte, una retaliación del padre y la espera en el órgano que en ese momento constituye el eje de su personalidad, es decir, el pene.

El temor de castración es tan intenso que moviliza una represión masiva (histérica), que arrasa no solamente con los deseos incestuosos hacia la madre sino también con la sexualidad global, y es parcialmente responsable de la amnesia de los primeros años de vida.

El niño desarrolla otra serie de mecanismos para reforzar la represión y elaborar la situación en la que se encuentra frente a la pareja de los padres: incrementa el proceso de identificación con el padre; es ésta la época en la que el niño imita actitudes y comparte intereses con su papá y sublima, inhibe en su fin y transforma en ternura la sexualidad que sentía hacia la madre.

El edipo está condenado biológicamente al fracaso, al menos en esta época de la vida. El niño pierde a la madre y jamás la conocerá sexualmente. Al perderla, sin embargo, la recupera en un aspecto como depositaria de su amor no erótico.

La corriente sexual se disocia en este momento de la ternura, para reencontrarse en la vida genital madura, si la vicisitud no es demasiado patológica.

A partir de la disolución del complejo de Edipo, y de la desintegración de sus cargas, se incorporan las figuras de los padres, los valores sociales y comunitarios y se configura una nueva estructura funcional: el superyó (ver p. 62). De allí, dice Freud, *el superyó es el heredero del complejo de Edipo*. Esta serie de acontecimientos que, por supuesto, no se da en forma lineal, corresponde al edipo positivo simple, en el varón, y en la mayoría de los casos, que no entrañan patología, se destruye casi enteramente. Esta secuencia comienza y culmina en forma diferente en la niña: en el hijo varón, la atracción a la madre precede a la angustia de castración que reprime los derivados instintivos y los sentimientos de libido y hostilidad hacia las figuras de los padres.

En la niña la sensación de castración pone en marcha el edipo; lo precede. La niña se siente despojada de un falo que sí tienen los niños y el padre y fantasea que la madre esconde o guarda el pene del padre, que en justicia, le corresponde a ella, con las implicaciones de fuerza, autoridad y potencia que entraña lo masculino, reforzado por la costumbre social. Comienza, entonces, a sentirse atraída por el padre y a experimentar una intensa rivalidad hacia la madre. Eventualmente, la represión interviene; entran en juego los mecanismos de identificación con la madre y la sublimación de los sentimientos hacia el padre. Se estructura el superyó pero, en las niñas, el complejo de Edipo no es eliminado por el temor de la castración; persiste, por lo tanto, mucho más y se abandona tan sólo muy lentamente. Freud³ considera, además, que el no tener que confrontar la angustia de castración determina en la mujer un superyó más débil, normas morales más laxas y una sexualidad, en cierto sentido, inferior, ya que en mayor o menor grado estará siempre determinada por la "envidia del pene"⁴⁴. (ver gráfico 12).

Para Freud, la problemática edípica constituye el núcleo central de la vida psicológica y de la evolución psicosexual del niño. Es una protofantasia o fantasía de la especie que aparece en los mitos, leyendas y cuentos de hadas de todos los pueblos, en todas las épocas. Roberto De Zubiría⁵, en un interesante estudio, pone de presente las similitudes entre la problemática edípica griega y algunos de los mitos chibchas. El mito de La Cacica es claramente edípico: la esposa del cacique chibcha Guatavita fue acusada de adulterio con un caballero de la corte a quien Guatavita condenó a muerte y obligó a la adúltera a comerse en "banquete público" los genitales de su amante. La Cacica huyó, entonces, con su pequeña hija y se lanzó a la laguna, en cuyas aguas desapareció para siempre. El Guatavita ordenó al hechicero que buscara en la laguna y le devolviera a su esposa e hija. La Cacica, afirma De

Zubiría, es un símbolo de la madre y, por lo tanto, lo mismo que la madre Bachué, vuelve a la laguna. El mismo autor destaca el castigo al transgresor que es muerto y castrado y señala la rígida prohibición contra el incesto, que en el código de Nemequene se castiga con terrible severidad. La pena de castración aparece en el idioma chibcha: *agucucua* = castrado; *zepegscua* = matar; *zezguscua* = castrar. La presencia de estas palabras, afirma De Zubiría, sugiere que tuvieron uso en la vida real externa o en la fantasía y conviene no olvidar que "la fantasía es la realidad psicológica del individuo". Igualmente llamativa es la similitud lingüística entre las palabras matar y castrar, destacada por Freud, en el sentido de que en el inconsciente son idénticas. La Cacicca acaba suicidándose al igual que Yocasta. Los tormentos por el incesto entre los chibchas se extienden también a la variante con los hermanos. Fernando Devis⁶, en su estudio pictórico y literario sobre los *Mitos del río Magdalena*, acota entre otros, el duelo mortal que se presenta entre padre e hijo en la leyenda de La Candileja, en la que el hijo asesina al padre, abre su pecho y extrae de él "corazón, carne y pulpa". La Candileja sin saberlo, convencida por su hijo de que los pedazos de carne son trozos de un venado, los cocina y prepara. Madre e hijo, dice Devis, "comulgan con el padre". Se le destruye por completo y se recibe toda su verdad. La Candileja obliga finalmente al hijo a confesar lo sucedido y lo mata. Por esto, debe vagar con los huesos de su esposo y de su hijo por montes y valles para siempre. Ella es el símbolo de la trilogía: "En la penumbra de la tarde, en la noche o al amanecer, una extraña luz formada por tres tizones ardiendo, puede verse danzando, apareciendo y desapareciendo en los montes, en los llanos y en las cañadas del río de la Magdalena"⁷.

El edipo y sus variantes constituyen una parte fundamental de la problemática de todo ser humano en la medida en que es el producto de la unión de una pareja y se desenvuelve a lo largo de la vida, inevitablemente, en el contexto de una *situación triangular básica*. Si falta alguno de los padres o ambos, el niño crea automáticamente parejas con las personas que lo rodean y con quienes vive el rechazo, la aceptación, la exclusión, el amor, el odio, la ambivalencia, etc.

Malinowsky⁸ estudió las modificaciones del edipo en las culturas matriarcales; y consideró inicialmente las variantes encontradas como una muestra de la no universalidad del edipo.

Uno de los aspectos más importantes del complejo lo constituyen los sentimientos de exclusión que, en mayor o menor grado, acompañan a la persona a lo largo de su existencia. El niño pequeño siente

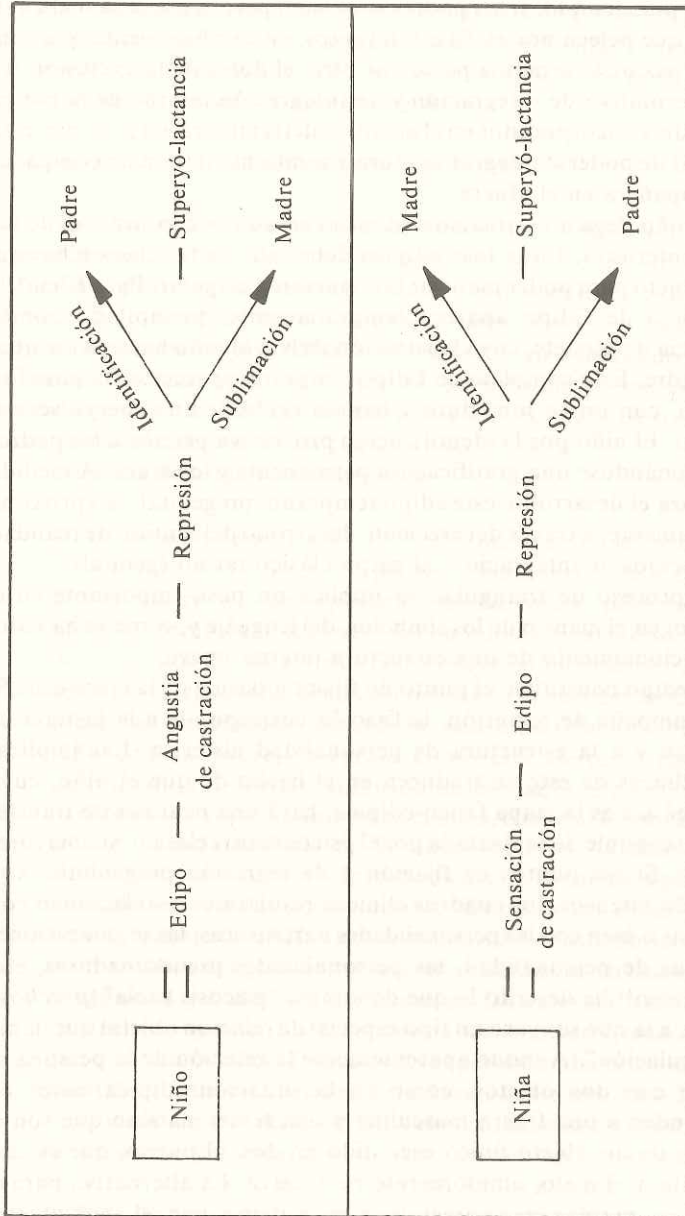


Gráfico 12: Secuencia de presentación del edipo positivo simple en niños y niñas

angustia, por ejemplo, si los padres se pelean, pero la querella realiza su deseo de que peleen por él. Si están juntos, en cambio, siente, por una parte, la paz de la armonía pero, por otra, el dolor de la exclusión. El proceso evolutivo de integración y desintegración interna de la pareja de los padres, incorporados en el adentro, determinará, en gran parte, la capacidad de poderse integrar madura y genitalmente con un compañero o compañera en el afuera.

El niño llega a la situación edípica cargado con la historia de las etapas anteriores. En la fase edípica debe salir de la relación binaria con un objeto para poder manejar la situación triangular. Para Klein^{9 10}, el complejo de Edipo aparece tempranamente, precipitado por la experiencia del destete, cuya frustración desvía al niño hacia la búsqueda del padre. Este complejo de Edipo temprano aparece en la posición depresiva, con un yo inmaduro y bajo la égida de un superyó severo temprano. El niño por la identificación proyectiva percibe a los padres proporcionándose una gratificación permanente y los ataca. A medida que avanza el desarrollo, este edipo temprano, pregenital, se aproxima paulatinamente, a través del creciente desarrollo del sentido de realidad y los procesos de integración, al edipo clásico tardío (genital).

El proceso de triangulación implica un paso importante en el desarrollo, en el manejo de los símbolos, del lenguaje y, como se ha visto, en el funcionamiento de una estructura interna nueva.

El edipo constituye el punto de fijación básico de las neurosis. Si no se acompaña de regresión, la fijación corresponde a la histeria de conversión y a la estructura de personalidad histérica. Las implicaciones clínicas de esto se traducen en el hecho de que el niño, cuya fijación básica es la etapa fálico-edípica, hará una neurosis de transferencia susceptible de ser tratada por el psicoanálisis clásico, sin mayores variantes. Si los puntos de fijación y de regresión pregenitales son demasiado intensos, los cuadros clínicos resultantes se relacionan con las psicosis o bien con las personalidades narcisísticas, las organizaciones fronterizas de personalidad, las personalidades pseudomaduras, etc. André Green¹¹ ha descrito lo que denomina "psicosis vacía" (*psychose blanche*), a la que subyace un tipo especial de relación objetal que llama "bitriangulación". Aunque aparentemente la relación de la persona se establece con dos objetos, como en la situación edípica, éstos no corresponden a una figura masculina y una femenina sino que son el resultado de un objeto único escindido en dos: el bueno, que es casi inexistente, y el malo, omnipresente e intrusivo. La alternativa para el paciente es permanecer sometido a esta unión con el mal objeto,

indispensable para sobrevivir, pero con la asfixiante sensación de falta de espacio interno, que no da lugar para experimentar sentimientos o pensamientos, o renunciar a él y abalanzarse en la nada, la inexistencia, el no-pecho, el terror sin nombre de Bion.

Variantes y vicisitudes del complejo de Edipo

La descripción que se vio al comienzo del capítulo y que corresponde al llamado "edipo positivo simple", constituye sólo una de las resoluciones posibles, la esencialmente normal y simplificada. Sucede, empero, que el edipo es un síndrome compuesto por una serie de soluciones parciales y variables, que si se hacen demasiado intensas, culminan en patología, pero que se encuentran presentes y están incluidas, en cierta medida, en las soluciones edípicas de todo niño y hasta cierto punto, en las de cualquier ser humano.

Algunas de estas soluciones son:

1. En el "edipo positivo simple", el proceso culmina en la identificación del niño varón con su padre, la sublimación de lo que siente por la madre y la incorporación de las figuras parentales. Este proceso, como cualquier otro hecho humano, es multideterminado y depende de una serie de factores que comienzan con el equipo genético (disposición bisexual) del niño, su suceder en las etapas prefáticas, las características de los padres, la relación libidinal del niño con su padre, la forma como éste ejerce el poder y la autoridad, la dulzura o sumisión de la madre, etc. Si el padre es demasiado brutal, el niño, frente al terror de castración y lo desagradable de la figura paterna, tendrá mayores dificultades en el proceso de identificación. Freud ejemplifica esta situación a través de su estudio sobre "Dostoievski y el parricidio"¹². En este trabajo de 1928, discute algunas de las características de la problemática del gran autor ruso en relación con su bisexualidad, la crueldad y bufonería del padre de Dostoievski y las crisis de epilepsia idiopática (histeroepilepsia) del escritor. Freud¹³ destaca que durante la niñez, Dostoievski experimentaba crisis de pequeño mal durante las cuales se dormía por dos o tres días. Tenían el significado de la muerte y el pequeño Fedor solía dejar notas antes de acostarse pidiendo que, en caso de caer en la narcolepsia, se cuidaran mucho de enterrarlo vivo. En la adolescencia, los ataques de pequeño mal se agravaron y se convirtieron en ataques de

gran mal. Este empeoramiento, por lo demás frecuente en esta edad, coincidió en este caso específico con el asesinato del padre por parte de sus siervos. En los *Hermanos Karamazov*, el padre, parecido en su malevolencia y payasería al padre del autor, es asesinado por uno de los hijos, Smerdyakov, pero en realidad todos los hermanos desean emocionalmente el asesinato y el crimen es cometido por todos. Freud utiliza este estudio como punto de partida para plantear que el significado emocional de las crisis de gran mal idiopático o de histeroepilepsia es una defensa contra y un castigo por las fantasías de parricidio. Vale la pena hacer hincapié, una vez más, en la multideterminación de los fenómenos biopsicológicos: se plantea que conjuntamente con el equipo biológico y sus alteraciones, se presentan emociones, fantasías y pensamientos que actúan a la par con la realidad social exterior para participar o desencadenar un fenómeno psicobiológico.

2. Si el niño varón, por las causas antes enumeradas, no logra que predomine la identificación paterna, puede más bien identificarse con la madre para convertirse así en objeto de amor del padre. Esta es una de las raíces de la homosexualidad masculina y corresponde al llamado "edipo negativo".

Otra variedad que se liga también con la homosexualidad masculina es la siguiente: el homosexual adulto busca un efebo con el cual se identifica narcisísticamente; el objetivo es amarlo a él como hubiera deseado ser amado sexualmente por la madre.

La niña, por otra parte, puede rehusar aceptar su condición femenina y negar su carencia de pene. Busca, entonces, el pene robado por la madre en otras mujeres que la representan y con quienes mantiene una relación homosexual. Estas fantasías suelen condensarse en la figura de la "mujer fálica", dotada de un pene simbólico, que aparece en los dibujos de los niños, en los sueños de los neuróticos o en las alucinaciones y delirios de los psicóticos, en la imagen de una mujer con tacones muy puntiagudos, boquilla larga, uñas amenazantes, automóviles muy grandes o, en el caso del esquizofrénico, directamente representada. Estos atributos físicos tienen, por supuesto, concomitantes psíquicos. La mujer fálica produce simultáneamente terror y atracción.

3. En la solución fetichista, el niño y posteriormente el paciente,

no puede aceptar que haya personas que carecen de pene, en la medida en que la aceptación de esta carencia implicaría una terrible amenaza de castración para sí mismo. El fetichista (ver p. 157) recurre, entonces, a la negación, la disociación y el desplazamiento y dota a la mujer con un sustituto de pene, en este caso, el fetiche, que constituye el objetivo central de su sexualidad perversa. Freud¹⁴, que estudió el fenómeno solamente en hombres, destaca que la perversión fetichista es egosintónica y su papel, defensivo contra la homosexualidad.

4. El exhibicionismo constituye otra forma de resolución que, como todas las descritas, y como ya se anotó, se encuentra en forma parcial en la vida sexual de todos los seres humanos. El perverso exhibicionista ratifica que *sí* tiene un pene mediante el escándalo que causa al mostrar su pene ante un grupo despreviado de niñas, por ejemplo. Necesita el impacto para convencerse de que no está castrado.

5. La solución fóbica: todo niño o niña pasa ineludiblemente por un periodo en el cual las contradicciones de sí mismo frente a la pareja de sus padres son demasiado intensas para su yo relativamente débil. Detesta al padre pero lo ama; desea a la madre pero la teme. Apela, entonces, a una combinación de mecanismos adaptativos del tipo represión, disociación, simbolización, desplazamiento y evitación (ver p. 155). Escinde así los aspectos temidos de los padres en figuras tales como las brujas, la madrastra, los ladrones, los animales, que pueden ser evitados. Asimismo, estas fobias surgen con todo su miedo y fascinación en el inconsciente colectivo de los conglomerados humanos a través de los mitos, espantos y apariciones, en los cuales muy frecuentemente el espanto o el alma en pena vagan eternamente por haber roto alguno de los tabúes conectados con el incesto. Paulatinamente, y a medida que se fortalece el yo, el niño puede integrar estas figuras en sus padres y vivenciarlas sin apelar a la evitación fóbica, a no ser que medie una fijación.

6. En la resolución edípica del niño y la niña se produce una disociación entre la corriente sexual fálica y la ternura. En el transcurso normal de los acontecimientos, estas dos corrientes se integrarán en el carácter genital; sin embargo, no siempre sucede

así. El hombre sólo puede desear a una mujer que represente para él un objeto rebajado y denigrado y, al mismo tiempo, sólo puede sentir amor por un objeto idealizado, carente de sexualidad alguna. A este fenómeno lo denomina Freud "disociación madona prostituta" (ver p. 164). Su contraparte se puede ver con claridad en lo que se podría llamar el "síndrome de *Belle du Jour*", para seguir la novela de Joseph Kessel, en la cual la protagonista ama a su esposo mas no lo desea, en tanto que para hallar la satisfacción sexual tiene que someterse a fantasías de degradación o castigo o conseguirla a través de su trabajo en un burdel (ver. p. 165). Estas situaciones de disociación son extremadamente frecuentes.

7. El edipo es un fenómeno de doble corriente. El niño desea, teme y rivaliza con sus padres; pero también estos experimentan sensaciones sexuales hacia sus hijos, así como sentimientos hostiles de rivalidad y furia. La madre que baña a su hijo y ve la erección de éste frente a la manipulación, suele sentir una excitación sexual difusa que la aterroriza, que reprime y que refuerza con amenazas de castración, a veces, explícitas. A lo largo de su vida, aceptará sólo con dificultad la compañera que su hijo ha escogido. Asimismo, el padre tropieza con muchas dificultades para manejar los sentimientos incestuosos hacia la hija, lo que se traduce a menudo en celos y rabia impotente.

El contacto físico con los hijos es sumamente importante en la medida en que no se exagere y esté relativamente desprovisto de elementos exhibicionistas y seductores. Hellen Deutch¹⁵ señala cómo la falta de contacto físico con los padres, con la consiguiente carencia de calidez y dificultades en el proceso de identificación, juega un papel importante en la personalidad que denomina "como si" (*as if*).

8. Freud hace énfasis en el parricidio. En los últimos años se han estudiado con cuidado los elementos filicidas presentes en la constelación edípica. A través de fenómenos que van desde el aborto pasando por el síndrome del "niño maltratado", hasta llegar a procesos más globales como la guerra (que, en últimas, es un hecho por el cual los ancianos de la tribu mandan a matar a los jóvenes), se ha observado la violenta agresión latente que existe de padres a hijos. Conviene recordar que Edipo no es el agresor

original. Son Yocasta y Layo quienes deciden asesinarlo; Edipo responde sólo guiado por un destino que desconoce. Layo, a su vez, proviene de una estirpe filicida. En la leyenda griega, Cronos devora a sus hijos hasta que es asesinado por Zeus.

NOTAS

1. S. Freud, "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica".
2. S. Freud, "Introducción al psicoanálisis".
3. S. Freud, "El yo y el ello".
4. S. Freud, "Nuevas aportaciones al psicoanálisis".
5. R. De Zubiria, *Los orígenes del complejo de Edipo*.
6. F. Devis, *Mitos del río Magdalena*.
7. F. Devis, *op. cit.*
8. B. Malinowsky, *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia*.
9. R. Lander, *Melanie Klein: Reflexiones sobre su vida y obra*.
10. M. Klein, *Amor, odio y reparación*.
11. A. Green, "The analyst symbolization and absence in the analytic setting".
12. S. Freud, "Dostoievski y el parricidio".
13. S. Freud, *op. cit.*
14. S. Freud, "El fetichismo".
15. H. Deutch, "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia".

CONTENTS
ORIGINAL ARTICLES
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

DEPARTMENTS
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
PUBLISHED WEEKLY
CHICAGO, ILL., MAY 1, 1919
Vol. 34, No. 19

CONTENTS
ORIGINAL ARTICLES
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

DEPARTMENTS
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
PUBLISHED WEEKLY
CHICAGO, ILL., MAY 1, 1919
Vol. 34, No. 19

CONTENTS
ORIGINAL ARTICLES
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

DEPARTMENTS
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
PUBLISHED WEEKLY
CHICAGO, ILL., MAY 1, 1919
Vol. 34, No. 19

CONTENTS
ORIGINAL ARTICLES
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus
The Effect of the Diet on the Blood Sugar in Diabetes Mellitus

12. BREVE RESUMEN DE DOS DESARROLLOS PSICOANALÍTICOS SOBRE LA GESTACIÓN TEMPRANA DE LA PERSONALIDAD

*Al octavo mes ríes con dos azahares
con cinco diminutas ferocidades
con cinco dientes, como cinco jazmines adolescentes.*

*Frontera de los besos serán mañana
cuando en la dentadura sientas un arma
sientas un fuego, dientes abajo
buscando el centro*

Vuela niño en la doble luna del pecho...

Miguel Hernández Las nanas de la cebolla

Hartmann: escuela del yo

Hartmann¹ parte de una postulación de Freud² en la que plantea que el ello y el yo tienen origen en una matriz biológica indiferenciada, y que se desarrollan como funciones paralelas pero idénticas. Este planteamiento de Freud es diferente al que predomina a lo largo de la mayor parte de su obra, a través de la cual considera que del ello surge el yo y de éste el superyó (ver p. 125).

Así, pues, Hartmann pone el énfasis en un preello y un preyó. De esta manera, el yo tiene una energía propia diferente a la energía del ello. En este sentido, Hartmann se mantiene en el contexto de la primera teoría instintiva, en la que Freud postula la libido como la energía de los instintos sexuales y el interés como la de los instintos del yo (ver p. 42). Para pasar a ser instintos del yo, los impulsos que surgen de la matriz biológica indiferenciada deben ser sometidos al proceso que Hartmann

denomina "neutralización" que consiste en la deslibidinización y "desagresivización" de las fuerzas. Se ha visto antes el proceso económico de neutralización como precursor económico de la sublimación (ver p. 149). Gracias a la neutralización funcionan partes del yo libres o, al menos, relativamente libres de conflicto, que son los aparatos sensoriales y motores básicos para la conexión del niño con el ambiente y que están constituidos esencialmente por los aspectos psicobiológicos, que eventualmente configurarán los órganos receptores o efectores.

Rolla³, en su estudio sobre Hartmann, enumera entre las funciones relativamente autónomas del yo: la conciencia, la percepción, la atención, la indagación, la memoria, la motilidad, el juicio de realidad, la intencionalidad, el pensamiento, la internalización y la función sintética. Cabe anotar que si se toma demasiado literalmente esta gran cantidad de áreas libres de conflicto, podría correrse el riesgo de descartar la noción misma del conflicto como motor del desarrollo temprano. Claro está que estas funciones, primariamente libres de conflicto, se conflictualizan secundariamente. Así, el ojo está hecho para ver pero ineludiblemente el proceso de la visión se problematiza en la medida en que el niño crece y lo que ve es diferente de lo quisiera ver. En otras palabras, la visión-principio de placer choca con la visión-principio de realidad. Para Hartmann, si bien "el yo se desarrolla a partir de los conflictos, no son éstos las únicas raíces de su desarrollo". Considera que el psicoanálisis, a medida que avanza a una psicología general del desarrollo, obtendrá más datos de la observación directa de niños. Ahora bien, cuando Hartmann adopta el término de "áreas libres de conflicto del yo" para designar el conjunto de funciones que, en un momento dado, tienen efecto fuera del campo de los conflictos mentales, no se refiere a una provincia de la mente inmune a los conflictos, sino más bien "a aquellos procesos que en un individuo dado permanecen empíricamente fuera de la esfera del conflicto mental". Estas aseveraciones de Hartmann se reflejan en la clínica psicoanalítica en conceptos tales como "la alianza terapéutica", de Frieda Fromm-Reichmann⁴, y "la alianza para el trabajo", definida y trabajada por Greenson⁵. Frieda Fromm considera que por masiva que sea la regresión de un esquizofrénico hay partes no implicadas en el proceso de desestructuración, con las cuales, en contra de lo que piensa Freud, se puede establecer una alianza terapéutica, ya que corresponden a áreas relativamente libres de conflicto. De la misma manera, Greenson piensa que el paciente psicoanalítico, que se embarca en un difícil trabajo terapéutico, conserva ciertas funciones yóicas básicas y la capacidad

global para las relaciones objetales, lo suficientemente sanas para permitirle sobrellevar los rigores de la terapia psicoanalítica. De allí, la "alianza de trabajo" definida como una relación relativamente no neurótica y racional, que hace posible que el paciente trabaje con sentido de propósito en la situación analítica.

El área libre de conflictos es apenas relativa por cuanto la tendencia instintiva y los impulsos que provienen del niño tienden a la búsqueda del placer o bien a agredir y a destruir lo que se les oponga y sea vivenciado como perturbador o frustrante. Hay funciones que pertenecieron inicialmente a la esfera de lo que Hartmann denomina "autonomía primaria" y tras la intervención del conflicto y su combinación con los mecanismos de defensa, dan lugar a los llamados "aparatos de autonomía secundaria".

La autonomía secundaria es la parte de la personalidad constituida por los aparatos de economía primaria ("áreas libres de conflicto"), más las funciones y aparato que se han visto involucrados en el conflicto y luego han sido "liberados" de éstos y ubicados en otros. El niño ha hecho un aprendizaje relativamente libre de conflictos en el área de la visión, para continuar con el mismo ejemplo. Una vez que las inevitables frustraciones problematizan el área, niega y distorsiona lo que ve. No obstante, en un momento dado, las estructuras yoicas conflictualizadas pueden desplazarse a otras áreas, y la visión del sujeto permanece indemne. Asimismo, en las llamadas personalidades narcisistas de Kohut⁶, o en las organizaciones fronterizas de la personalidad, de Kernberg⁷, el área de autonomía secundaria correspondería a un núcleo relativamente no patológico, en tanto que los problemas más primitivos se agrupan en zonas más oscuras de la personalidad, que se escinden y con las cuales el paciente apenas entra en contacto con gran dificultad y a través de regresiones espontáneas o inducidas terapéuticamente. La autonomía secundaria está constituida también por elementos que participan en la formación de los rasgos esenciales del carácter, particularmente en lo que concierne a funciones yoicas relacionadas con la toma de distancia del conflicto y regresiones, tales como las que se producen en el dormir, en el hacer el amor y en la creación sublimatoria.

Los aparatos de autonomía primaria relativa que conforman el área libre de conflicto hacen parte de los factores que, a partir de las situaciones arcaicas, sin contradicción, llegan al establecimiento de los pares antitéticos y, eventualmente, a la estructuración de la función sintética del yo. En el transcurso normal de los acontecimientos, el área relativamente libre de conflictos es cada vez más amplia en la personali-

dad, y de ella depende la estabilidad necesaria para la actividad creadora⁸.

Hartmann destaca la importancia de la agresividad al servicio de la neutralización⁹. Afirma que un peligro externo da lugar a una respuesta agresiva normal pero si las funciones específicas de defensa están sexualizadas, la respuesta frente al peligro externo es patológica. La madre defiende a sus hijos frente a los peligros externos, pero si la relación de la madre está demasiado conflictualizada y erotizada, la especificidad para señalarlos está vulnerada, lo que la lleva a sobreprotegerlo, a considerar como peligrosas situaciones que no lo son o a descuidar situaciones que realmente encierran una amenaza. Si la reacción defensiva contra los peligros internos se modela sobre la reacción a los externos el uso de la energía agresiva, neutralizada en mayor o menor grado, es más constante que el de la libido des-sexualizada. En el caso de las defensas contra los peligros instintivos, la agresión se observa fácilmente en las reacciones defensivas del yo mismo (contracatexias), en tanto que la energía de lo libidinal, no tan susceptible de ser utilizada como contracarga, debe reprimirse o bloquearse. Para Hartmann, pues, la agresión es necesaria para poder neutralizar los impulsos libidinales y, por lo tanto, los mecanismos de defensa se basan más en la agresión. Esta concepción plantea un problema en cuanto al origen de la energía: por una parte, tal y como se señaló al comienzo del capítulo, Hartmann asume la hipótesis de la doble energía (interés-libido), y considera también lo libidinal y lo agresivo como cargados por dos tipos de energía. La mayoría de los autores psicoanalíticos siguen, entre las varias hipótesis de Freud, la que considera que el ello es el gran reservorio de la energía y que el yo utiliza esta energía para las contracargas y mecanismos de defensa, a la manera de las potencias coloniales que utilizaban tropas negras para sofocar las rebeliones negras. Por otra parte, la adaptación que Hartmann define como las posibilidades de interacción que el sujeto tiene con la sociedad está relacionada con la agresión. La retirada de cargas frente al peligro constituye la fuga en tanto que la contracarga corresponde a la lucha. Las contracatexias, que el yo moviliza contra los impulsos, nutridas muy probablemente por la agresión no proyectada, es decir, dirigida hacia los objetos internalizados y a los vínculos originadores del conflicto, conservan características originales de la tendencia a la lucha. En gran parte, el fracaso en la estabilización de las defensas se debe a la incapacidad de neutralizar la tendencia agresiva, lo cual implica tam-

bién un nexo entre una defensa estable y una relación de objeto constante, que facilita los procesos de neutralización.

Hartmann¹⁰ plantea los conflictos intrasistémicos, que se dan entre distintas tendencias del yo (autopreservación, frente a tendencia agresiva), o del superyó (diferentes identificaciones con figuras de autoridad transmiten al paciente esquizofrénico mensajes de doble sentido que lo perplejizan, o en tanto que ciertas identificaciones superyoicas impulsan al individuo a las satisfacciones instintivas, otras, superyoicas también, se las prohíben). En el ello existen las tendencias contrarias y simultáneas pero, en la medida en que se concibe al ello como instancia aislada, está regido por el proceso primario carente de contradicciones y, por lo tanto, no habría en el ello conflictos intrasistémicos.

Durante el crecimiento surge una especie de perfil que resulta del desarrollo de uno de los elementos sistémicos, que actúa como obstáculo para la evolución de otro conjunto de funciones del mismo sistema. Las funciones defensivas del yo interfieren con las autónomas, en tanto que éstas (las defensivas) implican una inversión de energía permanente y constante, que implica, en gran parte, la falta de creatividad neurótica.

El yo paga un precio alto por el mantenimiento de su organización defensiva, que se traduce en la privación de cargas en las funciones autónomas. De esta manera, el pensamiento racional es despojado de sus cargas por la rumiación obsesiva o, en la parálisis histérica, la función de motilidad autónoma no recibe su carga económica.

A medida que el ser humano evoluciona, si logra superar sus defensas estereotipadas, pasa por experiencias en muchos aspectos dolorosas, que tiene que manejar mediante la reorganización de su aprendizaje por la fortificación del principio de realidad, que restringe el pensamiento omnipotente, por la mejoría de la función de memoria y por el desarrollo de la función sintética, entre otros campos¹¹.

Hartmann¹² considera que la fuerza de la maduración y de la adaptación llevan al incremento de las funciones yoicas gobernadas por el principio de realidad (cuyo valor básico está dado por la posibilidad anticipatoria), mientras que los mecanismos de defensa contra lo displacentero tienden a alejarse de la realidad y llevan al debilitamiento de las funciones del yo. La función sintética se enriquece con objetividad creativa, lo cual conduce a la generosidad con la que se pueden distribuir los productos de la mente con características de universalidad y sin competencia por prioridades. En este sentido, integra, por ejemplo, la acción mágica y las artes y las jerarquías de valores, que si bien,

en cierto modo, estorban a la adaptación, bajo ciertas condiciones, también la facilitan. Para Hartmann, la función sintética constituye un modelo de los procesos integradores del yo, lo que ejemplifica en la tendencia hacia el orden inherente en toda obra de arte, aunque el contenido de ésta o su intención representen "desorden". El concepto de salud mental no puede caracterizarse por la presencia o ausencia de sufrimiento que no consiste en sí mismo, un indicador de patología. Uno de los puntos centrales de la teoría de Hartmann está conformado por sus ideas en relación con la adaptación. Desde este punto de vista, afirma que ciertas funciones yoicas, tales como la memoria, el pensamiento del proceso secundario, la prueba de realidad, la conducta social y el mantenimiento de la ley, no pueden producirse sin que el yo arbitre ciertos mecanismos, particularmente los que tienen que ver con los procesos de identificación. Cada atributo del yo, que aparece durante el crecimiento del individuo, contribuye al desarrollo de la personalidad moral, socialmente adaptada. La adaptación es la integración del sujeto con la matriz social, a través de la interacción, ya que la sociedad no es solamente un ente represivo sino que implica un molde en cuyo contexto el individuo aprende las pautas de conducta y, además, *la necesidad de modificación de la sociedad*.

El punto de vista adaptativo ha sido mal comprendido en cuanto se lo toma como una especie de invitación al conformismo social ciego. Es necesario ubicarlo cuidadosamente en el proceso interaccional de Hartmann, quien no excluye las posibilidades de rebeldía. De otra manera, puede ser interpretado peligrosamente cuando se lo trata de aplicar en el marco de referencia de una economía de consumo en la que, si se fabrican artefactos destinados a un número masivo de personas, se espera que éstas tengan psicologías básicas, más o menos, similares. Este concepto de sometimiento tiene poco que ver con la teoría de Hartmann, que se refiere al *self* como integridad del sujeto y sus posibilidades de aceptación o rechazo frente a los valores determinantes del medio social.

Para Hartmann, un ser humano está bien adaptado si su creatividad, su habilidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están trastornados.

Melanie Klein: punto de vista objetal

Klein¹³ parte de la tercera teoría instintiva que Hartmann no acepta. Conjuntamente con la teoría de los instintos de vida y de

muerte, plantea que existe un yo rudimentario desde el comienzo de la vida que, a pesar de ser tan primitivo, es capaz de hacer intentos para manejar la ansiedad, utilizar mecanismos de defensa arcaicos y establecer relaciones objetales.

Freud¹⁴ plantea que el momento de máxima defusión, en el que el instinto de vida y el de muerte se hallan más separados, es el nacimiento, y considera que el instinto de muerte tiene, entonces, tres destinos:

—La *proyección*.

—La *introyección*, para configurar los primeros núcleos del super-yó.

—La permanencia en el yo, donde su acción es muda (ver p. 102).

Para Klein, el derivado más cercano del instinto de muerte que capta el yo, corresponde a lo que denomina *envidia*¹⁵, que considera una de las emociones más tempranas y fundamentales y la diferencia y delimita tanto de los celos como de la voracidad.

Los celos se basan en el amor; su objetivo es conseguir el objeto amado y excluir al rival. Implican una relación triangular, o sea, que se dan en una época de la vida en la que se reconocen más claramente los objetos. La envidia, además de ser más primitiva, tiene como meta fundamental la destrucción del objeto, y se presenta en el contexto de una relación dual, en la que el yo-objeto no se encuentran bien diferenciados. La finalidad de la *voracidad* es obtener todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin tener en cuenta las consecuencias¹⁶. En el proceso de incorporación, lo bueno del objeto puede destruirse, pero esta destrucción sólo es un producto tangencial.

En la envidia, el objeto es ser tan bueno como el objeto pero en la medida en que esto se siente imposible, se convierte en arruinar lo bueno del objeto para suprimir la fuente de envidia. Este aspecto dañino de la envidia es lo que la hace tan destructiva para el desarrollo, pues convierte en mala la fuente misma de todo lo bueno y, por lo tanto, impide las buenas introyecciones¹⁷. El niño ávido saca todo lo que puede del pecho pero, en su fantasía, no necesariamente lo destruye, en tanto que si el componente constitucional de la envidia en un bebé es muy intenso, llegará el momento en que por la envidia misma, no podrá mamar con fruición, ya que la leche que incorpora y la fuente de su suministro están dañadas por la proyección de sus propios e intensos

sentimientos envidiosos. Un hombre guiado por una gran ambición puede arrasar a otros, tal vez, sin proponérselo, con tal de obtener lo que desea. Si su componente envidioso es demasiado fuerte y no ha sido temperado por la relación con los objetos externos, con base en la relación materna, inevitablemente se destruirá y destruirá la misma cumbre que quiere alcanzar¹⁸. El paciente en psicoanálisis, en los periodos en que está dominado por la envidia, destruye, una y otra vez, las interpretaciones de su psicoanalista, a pesar de que éstas pueden ser acertadas y benéficas, o precisamente por eso. Si esta situación corresponde a la imposibilidad crónica de poder, debido al sentimiento de culpa inconsciente, se tiene el síndrome clínico que Freud denomina "reacción terapéutica negativa". En el *Otelo*, de Shakespeare, se observa una interesante regresión de la relación de tres (*Otelo*, *Desdémona*, *Casio*) a la relación destructiva de dos, vehiculizada por *Iago*, quien representa los aspectos envidiosos escindidos y proyectados de *Otelo* mismo. El protagonista, enloquecido, destruye finalmente como nociva la fuente de lo único que le podía proporcionar paz y sosiego.

Frente a la envidia y el caos confusional, el niño moviliza los mecanismos de lo que Klein llama la "posición esquizoparanoide".

Conviene aclarar que Klein no llama los dos momentos evolutivos básicos de la vida del niño fases o etapas, ya que los fenómenos por ella descritos no están confinados a una época de la vida sino que se presentan, una y otra vez, en forma alternante a lo largo de la niñez y de la vida¹⁹.

El bebé introyecta lo que siente como bueno, como aquello que lo sacia y le da tranquilidad y armonía y simultáneamente proyecta fuera de sí y con intensidad y violencia, el hambre (percibida como un ataque desde adentro), lo que lo frustra, lo que lo hace sufrir. Este juego entre introyección y proyección, que conforma los aspectos anabólicos y catabólicos del metabolismo psíquico, constituye una de las bases de la vida y determina la formación del yo. Klein²⁰ explicita y profundiza la interacción continua introyección-proyección, mediante el mecanismo que llama "identificación proyectiva", que implica masividad, invasión física dentro del objeto, identificación con los rasgos ubicados dentro del objeto, lo cual empuja a éste a la acción, de acuerdo con lo proyectado en él (ver p. 143); y, además, denomina las ansiedades de la posición esquizo-paranoide, "ansiedades paranoides o persecutorias", que se caracterizan por dos rasgos básicos:

— La ansiedad (respuesta de la personalidad a la percepción del

instinto de muerte) es por el yo, sin que haya todavía preocupación por el objeto.

— Las relaciones objetales se hacen con objetos parciales, es decir, objetos totalmente buenos o totalmente malos, definidos en términos de lo que el niño percibe de ellos y que existen solamente en gracia a su función²¹.

El niño, además de la identificación proyectiva, escinde el pecho de la madre y la función seno en dos objetos que percibe como totalmente distintos y que deben permanecer absolutamente separados. La *escisión* (*splitting*) constituye el segundo mecanismo básico de esta posición y, por medio de ella, el niño crea objetos perseguidores globalmente malignos y objetos buenos, completamente buenos.

El bebé, empero, proyecta también lo bueno para defenderlo de la malevolencia y destructividad de su propio interior e introyecta lo malo para poderlo controlar. Esta proyección masiva de lo bueno se observa frecuentemente en personas incapaces de guardar algo dentro de sí; compulsivamente tienen que relatar los éxitos obtenidos, so pena de que al no ubicarlos rápidamente en el afuera, estos triunfos se destruyan. Asimismo, la introyección del objeto malo para su control se observa en costumbres socialmente instituidas, tales como el compadrazgo, que implica mantener al rival temido dentro de sí para intentar convertirlo en inofensivo.

Desde el comienzo hay una diferencia en la modalidad de la introyección, si se trata de lo bueno o lo malo.

Lo malo se introyecta como objetos múltiples y con tendencia a la fragmentación, en tanto que el objeto bueno, resultado del proceso de fusión en el que predomina lo erótico-libidinal, se introyecta como una unidad, como un objeto bueno que se va configurando y que refleja la tendencia a la síntesis derivada del instinto de vida.

El bebé, a partir de sus primeros días, o el paciente psicótico, desde su primer contacto con el terapeuta, tienden a momentos de integración arrasados, sin embargo, por la ola de ansiedades persecutorias y que se sedimentan tan sólo muy paulatinamente. En este mismo contexto, Klein describe en el niño un instinto epistemofílico, equivalente temprano de la curiosidad infantil de Freud, que lo impele a buscar lo que hay en el interior de la madre como fuente de todo conocimiento, pero

que en el caso de distorsionarse puede reflejarse en la omnisciencia propia o proyectada en el objeto. Así, por ejemplo, el paciente en psicoanálisis espera encontrar en su analista la perfección, con el objetivo último de alguna vez ser él también omnipotente y omnisciente (ver capítulo 14). Además de la identificación proyectiva y la escisión, el tercer mecanismo fundamental de la posición esquizoparanoide es la *idealización* que corresponde al objeto percibido como totalmente bueno, depositario de todas las virtudes y atributos y que, eventualmente, se convierte en persecutorio toda vez que su bondad pone de relieve la malignidad e insignificancia del propio yo (ver p. 165).

Se ha visto ya cómo la identificación proyectiva, la escisión y la idealización se observan con claridad en el caso del esquizofrénico, quien a través del "maniqueísmo delirante", descrito por Kretchmer, considera como objeto idealizado al médico hasta encontrarse con alguna frustración que lo lleva a mantenerse aislado de él.

Klein combina lo instintivo en una concepción de teatro interno, en el que se llevan a cabo representaciones dramatizadas continuas, cuyos actores principales son las funciones del yo y los objetos. Las figuras que aparecen en el relato de un sueño de un paciente, tales como un niño travieso, un policía y un observador, corresponden a la dramatización de las instancias psíquicas y de los objetos, pero el tinglado se construye siempre sobre la base biológica. Las proyecciones e introyecciones agresivas o apaciguadoras son efectuadas por el bebé a través de su pataleo, de su llanto, de su vómito. El ataque a los objetos malos o la defensa del objeto bueno se lleva a cabo por la orina y las heces, mediadas siempre por *fantasías inconscientes* que, para Klein, existen desde un comienzo y que constituyen el puente entre los derivados instintivos, las ansiedades que les corresponden y los mecanismos de defensa (ver p. 170).

Se ha dicho ya que la concepción de "posición" implica fluidez y movilidad entre ansiedades paranoides y ansiedades depresivas. Estas últimas aparecen frente a la posibilidad de que el instinto de muerte dañe, aniquile o destruya al objeto bueno. Las ansiedades depresivas se caracterizan:

— Porque la preocupación básica concierne al objeto y sólo secundariamente al yo.

— Porque se establece en el contexto de una relación con objetos totales; es decir, sentidos en términos integrales de bueno y malo.

El bebé que percibe el pecho de la madre como totalmente bueno o totalmente malo durante la "posición esquizoparanoide", adquiere paulatinamente la noción de que el pecho que le provoca gratificación es el mismo que lo frustra, lo cual, a su vez, le proporciona comienzos de integración para la percepción de la madre más allá de su función.

También el esquizofrénico comienza a componer la figura de un objeto total poseedor de atributos vivenciados como positivos y calidades sentidas como negativas; pasa de la identificación por atributos a la identificación por esencia.

A este proceso de integración de lo bueno y lo malo en un solo objeto lo denomina Klein²² *ambivalencia*, fenómeno que constituye la puerta de entrada para lo que llama *posición depresiva*. La ambivalencia kleiniana tiene un significado diferente, y en cierto sentido, casi contrario al término acuñado por Bleuler²³ para designar uno de los síntomas primarios de la esquizofrenia (ver p. 90). En la concepción de Bleuler, la ambivalencia se da cuando el paciente, invadido por el proceso primario, es incapaz de darse cuenta de las contradicciones. La ambivalencia, en el sentido de Klein, es la descripción de un fenómeno evolutivo del desarrollo, que permite al niño justamente comenzar a captar lo contradictorio y a estructurar los procesos de simbolización.

A medida que el niño va configurando los procesos de integración de lo bueno y lo malo, que no tienen que estar ya tan separados y disociados, se instala en la "posición depresiva", que Klein ubica al final del sexto mes de la vida, aunque, como se ha dicho, el proceso es dinámico y oscilante. Si se logra la integración depresiva y se puede mantener la preocupación por el daño que se le ha hecho al objeto o el temor de dañarlo, esta situación necesariamente produce el dolor que Klein denomina *culpa*²⁴, que determina la necesidad íntima de *reparar*, actividad del yo dirigida a restaurar el objeto amado y averiado (ver p. 156).

Otro ejemplo se da cuando al esquizofrénico se le formulan psicofármacos: si confía en su médico, el paciente puede recibir los medicamentos en términos de objeto bueno, pero lo formulado no llena las expectativas omnipotentes del paciente o, en el momento en que inevitablemente producen efectos secundarios muy molestos, el objeto bueno y el malo se confunden con la consiguiente mayor perplejización y retirada defensiva.

Por otra parte, las ansiedades confusionales se utilizan defensivamente para no experimentar y para negar situaciones que serían extremadamente dolorosas para el yo. En su última novela, *La*

— Procesos cuya llegada hasta lo fálico-edípico (triangulación) permiten su expresión simbólica conceptual.	— Neurosis de transferencia — Histeria de conversión — Histeria de angustia (fobias) — Neurosis obsesiva
— Procesos que al no alcanzar la triangulación, no logran expresarse con relativa facilidad a través de la expresión simbólica conceptual.	Nivel A — Personalidades narcisísticas (Kohut) — Organizaciones fronterizas de personalidad (Kernberg) — Psicosis blancas (Green) Nivel B — Esquizofrenia — Psicopatía — Alcohismo y adicciones — Enfermedades psicósomáticas.

Gráfico 13: *Esquema de ubicación de trastornos expresables con mayor o menor facilidad por medio de símbolos*

engañada, Thomas Mann crea el personaje de la señora Rosalie von Tummler, viuda de edad madura, que vivencia una especie de renacimiento vital, gracias a un apasionado enamoramiento. Después de un tiempo, su menstruación, que se había suspendido, parece retornar en lo que la heroína interpreta como un milagro de amor. El aparente milagro corresponde a un carcinoma. Lo que ella sentía como una esperanza de redención era una confusión cruel que corresponde a la destrucción de su propia vida.

Se ha dicho que el concepto de “posición” implica fluidez y movilidad entre ansiedades paranoides y ansiedades depresivas.

El dolor de la “posición depresiva” es inevitable; puede ser normal o determinar mecanismos de fijación relacionados con la psicosis maniaco-depresiva. Los padres, ambivalentemente amados e introyectados configuran núcleos básicos del superyó. El objeto ideal y sus

propios impulsos libidinales amorosos son cada vez más fuertes que el objeto malo y los propios impulsos agresivos. Esto permite que el bebé pueda fortificar y sedimentar el objeto bueno, introyectado mediante el mecanismo que Klein llama *identificación introyectiva*, que enriquece el mundo interno del niño y lo apacigua, puesto que sus propios impulsos agresivos lo asustan menos y, por lo tanto, se ve menos obligado a la utilización masiva de la proyección²⁵; asimismo, al disminuir la magnitud de la necesidad de la identificación proyectiva, el yo se fortalece porque la utilización excesiva de la identificación proyectiva tiende a aminorarse. Al aumentar la tendencia integrativa del yo, basada en las experiencias positivas con la madre y con el entorno, y sobre la base del predominio de los procesos de fusión (que implican la prevalencia del instinto de vida), el bebé percibe la nostalgia por el objeto bueno y la secuencia descrita anteriormente de “culpa y tendencia a la reparación”.

Sin embargo, el yo aún frágil del niño tiene dificultades para confrontar la culpa y el dolor psíquicos: de la misma manera, y por la intensidad de las ansiedades esquizoparanoides, teme la integración depresiva. Se movilizan, entonces, lo que Klein describe con el término de *defensas maníacas*, que corresponden a las defensas de la “posición esquizoparanoide”, usados ahora para impedir la estructuración depresiva. Lo común a las defensas maníacas es la negación del daño hecho al objeto, lo que se consigue mediante el control, el triunfo y el desprecio por el objeto (ver p. 156).

Las defensas maníacas conducen a una pseudorreparación o “reparación maniaca”, cuyo sentido directriz es exactamente opuesto al de la “reparación auténtica”, puesto que al negar el daño se destruye con mayor intensidad el objeto bueno. La reparación maniaca no consigue aliviar la culpa subyacente e inconscientemente se trata a los objetos a los que supuestamente se va a reparar con odio y desprecio. Igualmente siempre parecen ingratos e inconscientemente se los teme como perseguidores potenciales. A veces, se puede observar este tipo de reparación maniaca en instituciones de beneficencia, cuando sus organizadores creen dispensar caridad y reparación a gente indigna e ingrata, a quien siente como esencialmente mala y peligrosa²⁶.

La verdadera reparación implica aceptación de la realidad psíquica que constituye la experiencia del propio mundo interno incluidos los impulsos y los objetos internos e implica la renuncia a la omnipotencia, la disminución en el uso de la escisión y de la identificación proyectiva. Significa aceptar la idea de que se es un individuo separado de los

padres y diferente de ellos. Asimismo supone el permitir que los propios objetos sean libres, se amen y se restauren mutuamente sin dependencia²⁷. En este aspecto, parece muy válida la distinción que plantea Fairbairn²⁸, entre dependencia infantil, caracterizada por la persistencia de la identificación primaria y de las actitudes incorporativas orales o "absorbentes" y la dependencia madura, que se distingue por una casi plena diferenciación del yo y del objeto y, por lo tanto, por capacidad para valorar el objeto por sí mismo y dar y recibir. Esta identificación se expresa físicamente en la capacidad para mantener relaciones *verdaderamente genitales* que representan la mutualidad y cooperación en una pareja cuyos dos miembros se encuentran en condiciones de igualdad. El adulto, opina Fairbairn, no es maduro porque es genital sino que es capaz de mantener relaciones verdaderamente genitales por lo que es maduro.

Al percibir a su madre como objeto total, es decir, como persona, el niño empieza también a reconocer a su padre ligado a ella. Siente un vínculo muy especial entre ambos y lo fantasea principalmente a un nivel oral. En su fantasía, el padre alimenta a la madre con el pene al que equipara así con un pecho rico y satisfactorio. A esta situación la llama Klein *complejo de Edipo temprano*. Cuando el niño se desprende del pecho puede comenzar a simbolizar, dado que el proceso de simbolización se basa en una pérdida y en una renuncia a la gratificación instintiva directa²⁹. Al integrar una sola madre, puede recurrir al padre y oscilar entre ambos pero, puesto que todavía hay mucho de lo esquizoparanoide, tiende a disociarse y a sentir envidia y celos, lo que lo lleva a atacar, en su fantasía, a la pareja unida de los padres, en forma violentamente sádica.

La forma como se vive la llegada al complejo de Edipo tradicional (tardío), y como se vivencian sus vicisitudes dependerá de la prevalencia dentro del niño de la buena relación con el pecho y de la bondad del pene paterno (percibido, imaginado o visto). También el temor a la castración se experimentará parcialmente de acuerdo con el sadismo de las etapas anteriores. Si las ansiedades persecutorias son excesivas, reprimirá sus deseos genitales y hará regresiones a etapas anteriores; si su amor prevalece sobre el temor y el odio, no sentirá su pene como un arma destructiva, llena de odio (lo que constituye una de las fantasías profundas subyacentes a la impotencia del adulto), sino como la posibilidad de que los contenidos de su cuerpo se conviertan en regalos y su pene en fuente de placer, hijos y reparación³⁰.

Melanie Klein acepta la envidia del pene en la mujer³¹, pero no le

Primera etapa oral
— Esquizofrenia (fase anobjetal) - Paranoia (narcisismo - primer punto de fijación) - Alcoholismo y adicciones - Psicopatía - Enfermedades psicósomáticas
Segunda etapa oral
— Psicosis maniaco-depresiva
— — — — Frontera entre neurosis y psicosis — — — —
Primera etapa anal
— Paranoia (segundo punto de fijación)
Segunda etapa anal
— Neurosis obsesivo-compulsiva
Etapa fálico-edípica
— (Punto básico de fijación neurótica) - Histeria de conversión - Histeria de angustia (fobias)

Gráfico 14: Esquema de fijaciones en el desarrollo psicosexual y sus relaciones con los cuadros patológicos más prominentes.

(En rigor, para Abraham, la frontera entre neurosis y psicosis está ubicada entre las dos fases anales).

da la importancia que le asigna Freud, y la considera más bien defensiva y resultante del destino de las vicisitudes objetales tempranas. En la fase edípica tardía, la niña entra en rivalidad con su madre y quisiera recibir el pene de su padre dentro de ella para estar llena de leche, hijos y riqueza; pero como durante la posición esquizoparanoide atacó envidiosamente el interior del cuerpo de la madre y robó sus contenidos, teme la retaliación y ser vaciada y destruida internamente, lo que corresponde al temor de castración del niño.

Así, pues, las fantasías del varón se centran alrededor de la relación sexual con la madre y los temores de castración. Las de la niña, en el coito con el padre y la ansiedad de ser atacada por la madre. Estas ansiedades provocan, a su vez, retrocesos regresivos hasta que la genitalidad se establece más firmemente. Klein considera que hay una fluctuación constante temprana en la elección de la figura parental más deseada y que, en la oralidad, se establecen raíces para la posterior elección objetal, sea homosexual o heterosexual.

NOTAS

1. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
2. S. Freud, "Nuevas aportaciones al análisis".
3. E. Rolla, "Vida y obra de Heinz Hartmann".
4. Fromm-F. Reichmann, *Psychoanalysis and Psychotherapy*.
5. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*.
6. H. Kohut, *The Analysis of the Self*.
7. O. Kernberg, *Bordeline Personality Organization*.
8. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
9. E. Rolla, *Vida y obra de Heinz Hartmann*.
10. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
11. E. Rolla, *Vida y obra de Heinz Hartmann*.
12. H. Hartmann, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*.
13. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
14. S. Freud, "Más allá del principio del placer".
15. M. Klein, *op. cit.*
16. H. Segal, *Introducción a la obra de Melanie Klein*.
17. H. Segal, *op. cit.*
18. En *La ciudad y los perros*, Mario Vargas Llosa describe el personaje apodado *el Jaguar*, que ejemplifica muy bien el sentido kleiniano de la

envidia. En un momento dado de su historia, *el Jaguar* observa escondido e invadido por el odio, a un niño que día a día acumula en la playa conchas para una colección. Eventualmente *el Jaguar* no resiste más, ataca al niño coleccionista, lo golpea y le arrebató su colección para, a renglón seguido, destruirla totalmente en una especie de resentimiento triunfal.

19. R. Lander, *Melanie Klein: reflexiones sobre su vida y su obra*.
20. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
21. M. Klein, "Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos en psicoanálisis".
22. M. Klein, "Algunas consideraciones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
23. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*.
24. M. Klein, "Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa", en *Desarrollos en psicoanálisis*.
25. R. Lander, *Melanie Klein: reflexiones sobre su vida y obra*.
26. H. Segal, *Introducción a la obra de Melanie Klein*.
27. H. Segal, *op. cit.*
28. Fairbairn, citado por H. Guntrip, en *Estructura de la personalidad e interacción humana*.
29. R. Lander, *Melanie Klein: reflexiones sobre su vida y su obra*.
30. M. Langer, "Aporte kleiniano a la evolución instintiva".
31. M. Klein, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".

13. LATENCIA Y ADOLESCENCIA. LAS OCHO EDADES DEL HOMBRE. LA CRISIS DE LA MITAD DE LA VIDA

Padre: No es tiempo para cambiar. Tómalo con calma; eres joven aún, es tu problema; hay tanto que tienes que saber. Encuentra una chica, sienta cabeza, si quieres puedes casarte; mírame, soy viejo pero estoy feliz. Fui una vez como tú eres; sé que no es fácil estar tranquilo cuando has encontrado cosas que suceden a tu alrededor, pero piénsalo, piensa en lo que tienes puesto que estarás aquí mañana, pero tus sueños pueden no estar.

Hijo: ¿Cómo puedo tratar de explicarlo puesto que cada vez que lo hago él se aleja de nuevo? Siempre ha sido la misma vieja historia. Desde el momento en que pude hablar y se me ordenó que escuchara; ahora hay camino y sé que tengo que partir. Partir, sé que me tengo que ir...

Cat Stevens, *Padre e hijo*

Orígenes de la latencia

Una vez resuelto, de manera más o menos parcial siempre, el complejo de Edipo, introyectadas las figuras parentales y sus valores y creada la nueva estructura, el superyó, el niño entra en el llamado 'periodo de latencia', durante el cual no hace nuevas adquisiciones desde el punto de vista del desarrollo psicosexual. Aunque prosiga la

actividad sexual, ésta se relega a un plano secundario, en tanto que se fortifican los procesos de socialización, de encuentro con los niños del mismo sexo, el interés por el funcionamiento concreto de las maquinarias y de las cosas.

Ferenczi especula en cuanto a que la latencia representa un remanente filogenético del periodo de los "grandes hielos". Por otra parte, algunos antropólogos, entre ellos Malinowsky¹ dudan de la universalidad del periodo de latencia y lo atribuyen sobre todo a influencias de la cultura, no siempre constantes. La latencia, sin embargo, aparece casi invariablemente en aquellos cuentos infantiles en los que se plantean las confrontaciones entre padres e hijos. Así, por ejemplo, en *La bella durmiente del bosque*, de Charles Perrault, una vieja hada, no invitada al festín de bautizo de la princesa, la maldice y la condena a atravesarse la mano con un huso y a morir. Este terrible augurio es parcialmente neutralizado por los poderes de un hada joven que logra que, en lugar de morir, duerma por cien años al cabo de los cuales el hijo de un rey irá a despertarla. En las diferentes versiones de *Blanca Nieves*, la princesa corre un destino similar, esta vez por morder una manzana envenenada por la madrastra-bruja, hasta que es eventualmente despertada por el príncipe azul. En ambos casos, la muchacha prepúber entra en una especie de congelamiento determinado por figuras disociadas de la personalidad. En las dos historias también el sueño (intervalo que corresponde a la latencia) se termina y la vida sexual se reactiva cuando aparece la genitalidad representada por el galán joven.

En *La Cenicienta* hay un lapso después de las doce de la noche, en el que se produce una separación entre la protagonista, su sexualidad y la sexualidad masculina representada esta vez por la zapatilla que cabe justamente en su pie.

Anna Freud² recuerda el cuento del cazador que es desterrado por un rey severo a raíz de una ofensa trivial. Exiliado en el bosque colecciona, al perdonarles la vida, cachorros de león, tigre, pantera, oso, etc. y espera hasta que éstos crezcan, momento en el cual vuelve al reino y obliga al rey a que le conceda la mitad de sus riquezas y la mano de su hija. Para los fines de lo que se estudia, la etapa de latencia está representada por el periodo de tiempo durante el cual el joven cazador crece y aglutina sus fuerzas, representadas por los cachorros que se desarrollan, hasta llegar a la confrontación, no sangrienta, con la figura del padre y obtener el acceso a la sexualidad plasmada en la princesa.

Logros de la etapa de latencia

Blos³ sintetiza los logros de la latencia en los siguientes términos:

1. Se producen aumentos de las catexias de los objetos internos (representantes del *self* y de los objetos), con la consiguiente automatización de ciertas funciones del yo.
2. Aumenta la resistencia yoica a las regresiones (autonomía secundaria) con expansión de las áreas no conflictualizadas del yo.
3. Se forma un ego crítico que colabora, por así decirlo, con el superyó para que la autoestima tenga un mínimo de independencia del ambiente.
4. Hay menor utilización del cuerpo para la expresión y aumenta la capacidad de verbalización no tan ligada al cuerpo.
5. Se obtiene un dominio relativo del medio, a través de habilidades específicas y mediante el uso del proceso secundario para manejar las tensiones.

Así, pues, la latencia no es solamente un periodo de detención, sino también una etapa de preparación, sedimentación y cristalización indispensable para una adolescencia relativamente menos conflictualizada. Actualmente, y en el medio social en que vivimos, se ve la tendencia de la sociedad de consumo a presionar la mentalidad colectiva infantil con el objetivo de acelerar el tránsito hacia la adolescencia, sobre la base de que el adolescente temprano es un muy buen consumidor. Si la generación que entró en la pubertad en la década de los sesenta se identifica con los Beatles y estos plasman una verdadera revuelta en los hábitos sociales, en la década de los ochenta se invita y estimula por los medios masivos de comunicación a los niños de once o doce años a hacer identificaciones con grupos musicales compuestos por gentes menores, cuyo mensaje parece limitarse a recomendaciones comerciales específicas. Esto determina un corte, un aborto de la latencia⁴⁵, que influyen en un comienzo más temprano de la adolescencia con la consiguiente precocidad de metas y, por lo tanto, sensaciones prematuras de fracaso del yo.

Paradójicamente estas adolescencias tienden a prolongarse y a estructurar, en muchas ocasiones, "síndromes de adolescencia diferida". Por otra parte, la velocidad del aprendizaje y de otros aspectos de la evolución corren parejas con una inmadurez afectiva seria que parece replicar la disociación cada vez mayor, que confronta el ser humano actual entre los avances técnicos y las dificultades de aculturización que estos plantean (ver p. 68).

Metas básicas del desarrollo en la adolescencia

En la adolescencia, la fuerza de los impulsos instintivos se intensifica frente a un yo relativamente debilitado. Este aspecto económico ha sido destacado muy especialmente por Anna Freud⁶. La problemática es, a la vez, sociocultural y biológica-evolutiva. Hay un determinismo biopsicológico que es, más o menos, universal, pero la vehiculización de las confrontaciones, entre las pulsiones crecientes y el yo temporalmente desestructurado, se hace de acuerdo con las situaciones específicas de cada época, de cada sociedad, de cada familia, de cada adolescencia⁷.

Las metas básicas del desarrollo en la adolescencia son, para Erikson, dos:

1. Mantener las defensas yoicas frente a la intensidad instintiva creciente, pero investida ahora de un aparato genital maduro y un poderoso sistema muscular.
2. Aprender a consolidar los logros relativamente libres de conflicto y resintetizar las identificaciones infantiles de una manera única, pero en concordancia con las leyes sociales.

Anna Freud considera que la falta de armonía es el hecho básico de la adolescencia. Lo turbulento es inevitable y predecible. El equilibrio aparente, la adolescencia, que parece transcurrir callada y cortésmente, constituye a la larga, una severa señal de alarma.

Lo que se ve clínicamente son los intentos frecuentemente torpes e impulsivos de establecerse como ser independiente y de conseguir una identidad propia. "¿Quién soy yo y qué es lo que voy a hacer?", se pregunta el adolescente. "Debe ser lo que yo fui, llenar mis aspiraciones, debe ser lo que yo no logré ser", responde el padre.

El niño está sometido y es protegido. De cierta forma el adolescente está condenado a buscar y asumir su propia identidad y su propia

libertad. Erikson⁸ propone lo que llama "moratorio", una pausa en las exigencias sexuales, sociales, académicas y laborales que se traduce en periodos que en los Estados Unidos se llaman *bumming* (vagabundeo temporal). La sociedad, cada vez más competitiva, tiende, a su vez, a no permitir estas pausas⁹.

Mecanismos de defensa

Para Anna Freud¹⁰, las soluciones defensivas adolescentes se clasifican en:

1. Defensas contra los anhelos de dependencia.
2. Defensas contra el aumento de impulsos.

Se puede tratar de resolver la dependencia, con intentos de evitar la adolescencia y de permanecer en el rol de niño o, a la inversa, mediante la fuga y el rechazo a los padres que a menudo son reemplazados por figuras sustitutivas, con quienes se establecen relaciones muy intensas y a las que se escoge precisamente por sus diferencias aparentes con los padres. La relación puede hacerse con líderes o profesores idealizados; en amistades homo u heterosexuales o en formaciones de pandillas. De todas maneras, se sobrevalora al grupo de pares y al extraño y se subvalora a los padres y adultos significativos del grupo familiar.

Los dos mecanismos de defensa que Anna Freud considera más característicos de la adolescencia son el ascetismo y la intelectualización. El ascetismo es similar a la represión pero, a diferencia de ésta, que tiende a ser más o menos selectiva, arrasa con la sexualidad entera, y en tanto que la represión es relativamente estable, los episodios de ascetismo fluctúan constantemente, con desbordamientos instintivos.

El adolescente que no logra salir del círculo familiar, y que continúa actuando en su interior, plantea una situación potencialmente peligrosa, puesto que hay más hostilidad y agresión, que eventualmente se proyectan en un comportamiento paranoide, o bien se dirigen hacia el adentro traducándose en depresión y, a veces, en suicidio.

El resultado más severo de la crisis adolescencial es la ruptura psicótica. Frecuentemente es difícil determinar si representa una tormenta adolescente particularmente severa (episodio psicótico transitorio), o si se confronta una esquizofrenia. El diagnóstico diferencial se

hace sobre la base de la historia longitudinal, del análisis estructural del yo, de la forma que toman los trastornos del pensamiento y de acuerdo con las vicisitudes del tratamiento.

El síndrome normal de la adolescencia

Knobel¹¹ describe diez características sobre lo que denomina el "síndrome normal de la adolescencia":

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad¹².
2. Tendencia grupal.
3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.
4. Crisis religiosas con oscilaciones entre ateísmo y misticismo.
5. Desubicación transitoria con predominio del proceso primario en el pensamiento.
6. Evolución sexual manifiesta (de autoerotismo a genitalidad heterosexual adulta).
7. Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales.
8. Contradicciones en la conducta y *acting*.
9. Separación progresiva de los padres.
10. Fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Los duelos

Arminda Aberastury¹³ considera como central en el desarrollo adolescente la problemática de los duelos y anota que las dificultades en su manejo llevan a predominio de los *actings*, de los cortocircuitos del pensamiento, en los que se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante la expresión en la acción. Estos duelos son:

1. Duelo por el cuerpo infantil perdido que, a veces, hace sentir al

adolescente como un espectador impotente frente a lo que ocurre en su propio organismo.

2. Duelo por el rol y la identidad infantiles, que implica renuncia a la dependencia y aceptación de responsabilidades, que desconoce lo que lo lleva, a menudo, a actuaciones afectivas sin ningún tipo de consideración racional por el objeto.

3. Duelo por los padres de la niñez, que provoca respuestas violentas y, en ocasiones, psicopáticas.

4. Duelo por la bisexualidad: el adolescente tiene que decidirse por un objeto sexual y asumir una identidad sexual, fenómeno que se dificulta aún más por la exacerbación fisiológica del narcisismo.

El proceso de los duelos es de doble corriente e implica también a los padres, quienes deben llevar a cabo elaboraciones paralelas. Así el cuerpo infantil se pierde para los padres y las caricias no son sentidas ya como inocuas. Los padres también deben aceptar la finalización de la dependencia y elaborar sus propias sensaciones de abandono; deben manejar la competencia, tolerar el derrumbe de la idealización y admitir el sentirse juzgados, muchas veces con desprecio y casi siempre en forma implacable¹⁴.

Los duelos que pueden adquirir transitoriamente características patológicas, llevan a fluctuaciones y turbulencias que aterrorizan a los padres en la medida en que el adulto ha conseguido corrientemente una cierta estabilidad básica que se ve amenazada por el adolescente, como si éste arrastrara al adulto a su propia tormenta y tipificara así la represión primaria, la atracción que el proceso primario y el inconsciente ejercen sobre el padre, educador, psicólogo o médico; como si se proyectaran sobre el adolescente los deseos negados y rechazados. (El adolescente es, de todas maneras, un excelente vehículo para la proyección de lo que la familia y la sociedad sienten como negativo y destructivo).

El adolescente oscila también entre estallidos de independencia y necesidades de sumisión. La síntesis sólo se dará cuando pueda captar globalmente lo que Fairbairn¹⁵ llama "dependencia adulta", y que implica, como se ha visto, una clarificación y una capacidad depresiva para distinguir entre yo y objeto.

Entre tanto el adolescente vive esta situación en términos antitéticos y esquizoparanoides. Uno es el niño dependiente y otro, total y monolíticamente distinto, cuando estalla en una pseudorrebelión.

La consecuencia de estas disociaciones es que, frecuentemente, y en razón también de las identidades transitorias y circunstanciales, el adolescente parece actuar como varios personajes diferentes. El logro de la unidad central de monitoría y organización para conseguir una identidad sólida constituye una de las metas de la "reacción adaptativa de la adolescencia".

El duelo por el mundo, y la subsiguiente sensación de descontrol, empujan al adolescente a buscar cambios aloplásticos en el mundo que lo rodea. Estos cambios se producen a través de *intelectualizaciones* que conciernen teorías abstractas sobre la sociedad, Dios, el papel de los padres, la existencia del sexo, etc. El adolescente, empero, está en un estadio intermedio. De las soluciones infantiles de juego y aprendizaje tiene que pasar a cambios directos por medio de la acción concreta. En ocasiones, lo que parecía un juego o una teorización se convierte en una trampa siniestra. Tradicionalmente la sociedad ha culpado al adolescente por los problemas que plantea. Existe una serie de situaciones de hecho que complican la problemática para el adolescente contemporáneo: la revolución tecnológica, la trastocación violenta de las escalas de moralidad, la amenaza nuclear, el espectro de la hambruna definitiva por la explosión demográfica, hacen más difícil encontrar un rumbo preciso que satisfaga al mismo tiempo las exigencias de la sociedad de consumo respecto al éxito y la renuncia altruista que se propone alegremente a los jóvenes de ambos sexos¹⁶.

Por otra parte, no se puede aceptar una ecuación ciega entre lo joven y lo legítimo, entre nuevo y válido, *a priori*. Hay una tendencia paralela a culpar al adulto, a la sociedad y a la familia inevitablemente descritos como alienantes y a considerarlos masivamente como responsables de todos los conflictos del adolescente. Parecería existir una idealización de esta edad, que frecuentemente se transforma en una adulación manipulatoria, que culmina en la explotación de los adolescentes para diferentes fines. Todo valor y todo mito deben ser examinados; mas esto no significa que todo valor establecido o todo mito sean inválidos por definición. Por péndulo se puede ser injustos también con los padres y la estructura familiar. En *She's leaving home*, los Beatles muestran una cierta comprensión de la actitud de los padres frente a la niña adolescente que se marcha de su casa por sentirse vacía y poco viva. Los padres no la comprenden; se cuestionan; sienten que hicieron lo que

podieron. Infortunadamente, los Beatles hacen trampa en contra de los padres: "lo mejor de sí mismos" es el equivalente de "le dimos todo lo que el dinero podía comprar"; "se va de casa después de haber vivido por tantos años sola"; hay una reducción simplista del problema para ubicar al villano escindido (objetos malos proyectados en las figuras parentales).

Frente a las contradicciones el adolescente se retrae hacia sí mismo, hacia un mundo de omnipotencia narcisística (favorecida por los procesos fisiológicos) que, para Aberastury¹⁷, puede constituir una plataforma de lanzamiento para establecer nuevas conexiones libidinales, interpersonales y sociales. Es injusto, claro está, concebir la adolescencia únicamente en términos de crecimientos dolorosos. Constituye también una época de alegría, creatividad, sublimaciones y posibilidades de reparación. Blos¹⁸ describe un aspecto de "segunda oportunidad", en el sentido de que se trata de un periodo vital en el cual las influencias traumáticas que han distorsionado la niñez pueden, hasta cierto punto, ser contrarrestadas.

Las ocho edades del hombre

El transcurrir del ser humano tiene momentos críticos en los cuales se plasman las metas, los logros y las dificultades de una etapa determinada de la vida. Estas etapas cristalizan configuraciones básicas que rompen y, a la vez, consolidan el *continuum* que va del nacimiento hasta la muerte.

Erik Erikson¹⁹ describe a este respecto ocho etapas que denomina "las ocho edades del hombre", que estudia como una lista de cualidades yocicas que emerge de los periodos críticos del desarrollo, criterios, mediante los cuales el individuo demuestra que su yo, en una etapa dada, es lo suficientemente fuerte como para integrar "el horario del organismo con la estructura de las instituciones sociales".

1. *Confianza básica frente a desconfianza básica.* El primer logro del niño es su capacidad para permitir que su madre esté por fuera de su campo visual de control, sin demasiada ansiedad y sin demasiada cólera. Lo consigue porque la madre se ha convertido en una certidumbre interna y puede, hasta cierto punto, predecir que aparecerá. El que esté "fuera de la vista" no significa para el niño que "no sea". La consistencia y la continuidad de la experiencia proveen un sentido rudimentario de la identidad del yo que,

para Erikson, depende del reconocimiento de la existencia de una "población" interna de sensaciones e imágenes recordadas y anticipadas que guardan una relación firme con la "población" externa de gentes y cosas familiares y predictibles.

Winnicott^{20 21}, estudia el fenómeno a través de lo que denomina "la madre suficientemente buena", que es aquella que permite al niño aprender a estar solo sin angustia.

Para Erikson, cada estadio y cada crisis tienen relación con los elementos básicos de la sociedad, puesto que el ciclo vital individual y las instituciones humanas se desarrollan en conjunto. La relación es de doble corriente: el hombre dota a sus instituciones de los remanentes de su mentalidad infantil y recibe de ellas un refuerzo de su ganancia infantil. La confianza nacida del cuidado, es la base de lo funcional que, en un momento dado, puede ser la religión. Si la confianza básica predomina sobre la desconfianza, resultan las "virtudes básicas" de impulso vital y esperanza. Si, en cambio prevalece la desconfianza básica, se presentará el cuadro clínico de la esquizofrenia o, en forma menos dramática, pero igualmente dolorosa, el retraimiento de la personalidad esquizoide o de los estados depresivos habituales.

2. *Autonomía frente a vergüenza y duda.* Con la adquisición de un cierto grado de madurez muscular, el niño alcanza una etapa en que se hacen presentes dos modalidades que, en su equivalencia social, corresponderían al "retener" y al "dejar salir" (soltar). Los conflictos básicos entre estas dos modalidades pueden resolverse como experiencias que o bien desembocan en lo destructivo y hostil o en lo benigno y relajante. La supervisión externa de esta etapa es muy importante en la medida en que el niño debe sentir que la confianza básica en la existencia, valiosa sedimentación de su paso por la fase oral, no ha sucumbido bajo el peso de los nuevos impulsos reveladores de un deseo de autonomía para tomar y eliminar, en forma más o menos caprichosa. Se requiere una dosis de firmeza por parte de los padres y adultos significativos para protegerlo contra la anarquía potencial de sus actitudes y de su falta de capacidad de discriminación que, en caso de no ser suavemente controladas, podrían desembocar en una experimentación arbitraria y poco productiva, que traerían como consecuencia *vergüenza y duda*. Si se plantea una carencia notoria en la guianza de esta temprana experiencia, del ejercicio de lo que

Erikson llama "libre albedrío", la confianza recién adquirida se puede debilitar y el niño corre el riesgo de volver contra sí mismo toda su necesidad de discriminación y manipulación. Podría, entonces, sobremanipularse y desarrollar una conciencia precoz para, en consecuencia, en lugar de apoderarse de las cosas para probarlas repetitivamente con un propósito de descubrimiento, obsesionarse con su propia repetitividad, que le conducirá a poseer su entorno y a controlarlo con procedimientos contaminados de terquedad y minuciosidad, que constituyen el modelo infantil y el esqueleto de la neurosis obsesivo-compulsiva adulta.

La vergüenza, que nace del estar expuesto y del desear no ser visto, se manifiesta tempranamente en los impulsos de esconder la cara; en desear ser "tragado por la tierra". La persona apenada desea forzar al mundo a no mirarlo, a no caer en la cuenta de su condición de estar expuesto. Anhela destruir los ojos del mundo. Como esto es imposible, debe conformarse con añorar su propia invisibilidad, fenómeno éste en el que Erikson observa una forma de ira vuelta contra sí mismo y la génesis de la determinación secreta de hacer las cosas a escondidas o por formación reactiva, su opuesto, llevarlas a cabo en forma descarada, abierta y desvergonzada.

Para Erikson, "la duda es la hermana de la vergüenza"; la duda es la conciencia de tener dos caras, dos facetas: un frente y una espalda, o sea, "un detrás". Este "detrás" (cuya libido y agresividad se centralizan principalmente en el esfínter anal) no puede ser visto por el niño; en cambio, puede estar bajo el dominio de la voluntad de otros. Estructura un área vivenciada como oscura y que mágicamente podría ser invadida y manejada por aquellos perseguidores que atentan contra el propio poder de autonomía y que tienen la autoridad para calificar en términos negativos, como "malos" los productos del niño, productos cuya expulsión ha sido sentida por éste como buena y satisfactoria. Este sentimiento básico de duda hacia todo lo producido, depositado y aportado puede convertirse en la semilla para actitudes adultas posteriores, caracterizadas por duda compulsiva y ansiedades paranoides que implican la presencia de perseguidores escondidos, enemigos ocultos que atacarán por "detrás".

Así, pues, lo decisivo de esta etapa reside en la vivencia del autocontrol, sin pérdida de la autoestima, de la cual deriva el sentimiento de buena voluntad y el orgullo. De la pérdida del

control impuesto desde el exterior y del autocontrol, posteriormente introyectado, se deriva la propensión a la duda y a la vergüenza.

Las *virtudes básicas*, que surgen de la resolución exitosa de esta etapa, son: el *autocontrol* y la *fuerza de voluntad*.

3. *Iniciativa frente a culpa*. En la etapa fálica se agrega a la autonomía la capacidad de iniciativa, que implica una actitud activa de ataque, de construcción, de participación en la estructuración de las cosas y actividades. En el niño varón, el acento está puesto en los modelos fálicos de intrusión, en tanto que en la niña el énfasis está en lo aprehensivo, en modos más agresivos de agarrar y de apropiarse de la vida y de los objetos.

Los actos manipuladores (agresivos o coercitivos) del niño rebasan pronto su propia capacidad motora y mental. Se hace necesario, entonces, un freno parcial externo a la iniciativa. En tanto que la autonomía se ocupa primordialmente de evitar posibles rivales, el proceso de la iniciativa apareja la rivalidad con quienes ya han alcanzado la meta que desean y los privilegios que confía tener. Se constituye así una especie de competencia para ganarse el favor materno; en vista de que el intento suele ser por lo menos parcialmente fallido, sobrevienen en el niño sentimientos de resignación, culpa y ansiedad. Este es el marco de referencia de un periodo en el cual el niño siente que sus genitales corren peligro, por estar tan catectizados y por las fantasías que se derivan de su excitación y la acompañan (complejo de castración).

La sexualidad infantil, el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyó se cristalizan en una crisis difícil para el ser humano: de la unión pregenital con los padres, el niño se transforma gradualmente en un padre él mismo, vale decir, un portador de tradiciones. Su instintividad se divide: una parte se perpetúa para proveer la energía necesaria para su desarrollo, en tanto que otra se destina a apoyar las funciones de autocontrol, autoobservación y autocastigo. El niño puede intuir ahora, algo de la moral y de la forma como funcionan las instituciones que lo regulan y le adjudican ciertas responsabilidades. La gratificación, que corresponde a esta temprana comprensión de su propia circunstancia, la consigue a través del manejo de utensilios y juguetes, así como también con el posible cuidado de niños menores. Este equipo parental introyectado es, obviamente, de naturaleza infantil; de

allí que el superyó del niño sea estricto, primitivo y, a veces, cruel. La patología adulta muestra residuos de este conflicto de la iniciativa temprana a través de la negación histérica, el exhibicionismo y, en algunos aspectos, opina Erikson, de las enfermedades psicosomáticas. En estos casos, la moral externa o internalizada que debería servir de guía para la ideología y el comportamiento del niño se ha convertido en un tirano dominante y eneguedor. Los logros de esta etapa comprenden el sentido de dirección vital y de propósito.

4. *Laboriosidad frente a inferioridad.* Con el advenimiento del periodo de latencia, el niño debe sublimar su necesidad de "hacer personas", de reproducirse, para lo cual se convierte en una especie de combinación de padre y madre y busca el reconocimiento a través del hacer cosas. Desarrolla un sentido de la laboriosidad; desea aplicar sus habilidades en el sentido del manejo de los utensilios e instrumentos para crear algo que vaya más allá del juego puro.

El peligro de esta etapa reside en los sentimientos de inferioridad y de minusvalía que pueden surgir de una imposibilidad de identificarse con sus compañeros de juego y labores, lo que lo lleva a renunciar a lo que Erikson llama "asociación industrial", para retraerse nuevamente en el núcleo familiar, más aislado y protegido y en el seno del cual la rivalidad edípica se relaciona poco con la nueva competencia que implica la utilización de los instrumentos y utensilios de trabajo y juego. De la misma manera que el equipo que maneja no le produce satisfacción, y antes bien lo frustra, a nivel corporal, se siente igualmente desesperanzado y dominado por sentimientos de inferioridad, hasta llegar a sentirse condenado a la mediocridad y a la desadaptación. Por otra parte, existe el peligro de que el niño restrinja su horizonte, lo limite al trabajo y a lo funcional como único criterio de valor, con el riesgo de convertirse en un potencial esclavo conformista de la tecnología y de aquéllos que la manejan. El periodo de latencia tiene una enorme importancia social porque, paralelamente al sentido de la laboriosidad y de la producción, se desarrolla el del trabajo en equipo, el de la división y delegación de labores y oportunidades y lo que Erikson denomina el "*ethos* tecnológico" de una cultura.

Las virtudes básicas que resultan de un interjuego favorable

de factores en esta etapa son: la adquisición de metodología y capacidades.

5. *Identidad frente a confusión de roles.* Con la consolidación de una buena relación inicial con el mundo de los instrumentos y las capacidades propias y con el advenimiento de la pubertad, la infancia, como tal, llega a su fin y comienza la juventud. El limbo de la latencia, desprovisto de impulsos violentos, da paso a una nueva revolución en el proceso del crecimiento físico y de reevaluación y revisión del propio rol. En la búsqueda de nuevos sentimientos de identidad y continuidad, el adolescente debe pelear de nuevo muchas de las batallas de etapas anteriores y se ve en la necesidad de adjudicar a las personas cercanas e influyentes, los papeles de adversarios y a otras los de ídolos y guardianes de una identidad-meta. El peligro que se presenta es el de una confusión básica del propio rol. Cuando se incrusta en un contexto de duda previa radical, en cuanto a la identidad sexual, se presentan con frecuencia episodios psicóticos que, al ser tratados a tiempo y cuidadosamente, no tienen las repercusiones fatales que tendrían en otras etapas del desarrollo humano. Sin embargo, es más común que los disturbios se originen en la incapacidad de encontrar una identidad ocupacional.

La identificación exagerada con el líder del grupo de pares, con las modas predominantes, con los miembros de un clan cerrado y excluyente; la tendencia a autoestereotiparse, y estereotipar los propios ideales y sus enemigos, son recursos temporales destinados a probar la propia identidad y a proyectarla en otros —lo que paradójicamente se muestra como una aparente pérdida de identidad—, para verla así reflejada y gradualmente clarificada. La mente adolescente es el recipiente de la transformación de la moral aprendida durante la infancia, en la ética que se desarrolla en el adulto.

6. *Intimidad frente a aislamiento.* “La fuerza adquirida en cualquier estadio se pone a prueba por la necesidad de trascender de forma tal que el individuo pueda correr riesgos en la etapa siguiente con aquello que parecía más vulnerablemente intocable en la etapa anterior.”²² Así, el adulto joven, que acaba de salir de su insistente búsqueda por una identidad, está ansioso por fusio-

narla con la de otros. Desea la intimidad, el comprometerse y afiliarse estrechamente con algunos de sus semejantes.

El evitar experiencias que impliquen la posibilidad de una pérdida para el ego y el dar mucho de sí mismo (como la solidaridad con amistades muy cercanas, orgasmos en uniones sexuales, cercanía física en la lucha y la camaradería, recibir aportes de maestros e instituciones, es decir, situaciones preñadas de intimidad), evasión ésta producida por el miedo, puede causar un profundo sentimiento de aislamiento y absorción en sí mismo.

El polo opuesto a la intimidad es el distanciamiento de las personas cuya esencia aparece como peligrosa para la propia, cuyo espectro puede "intersectarse" con el del joven y es, por lo tanto, un potencial invasor. A medida que las áreas de acción del adulto se delimitan más firmemente, la competencia y la cercanía sexual se diferencian poco a poco y, eventualmente, se impregnan del sentido ético que es el sello del adulto. Sólo, entonces, puede desarrollarse plenamente una genitalidad verdadera y el acto sexual se desviste del carácter que antes tenía de "combate genital" o de cacería individual de la identidad.

Bajo esta luz se comprende mejor el significado y las implicaciones de la frase de Freud cuando dice que "Una persona normal es aquélla que puede amar y trabajar bien"²³. Erikson sintetiza los objetivos de una genitalidad plena en seis puntos, así:

- a. Mutualidad de orgasmos.
- b. Con un compañero amado.
- c. Del sexo opuesto.
- d. Con quien se desea y se puede compartir una confianza mutua.
- e. Con quien se pueden, además, regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación.
- f. Para poder así asegurarle al hijo, fruto de la unión, todos los pasos de un desarrollo satisfactorio.

En psicopatología, el retraimiento, la huida repetitiva de la intimidad, puede llevar a problemas severos de carácter.

7. *Generatividad frente a estancamiento.* El hombre maduro necesita que otros lo necesiten, y la madurez también requiere de la guía y el estímulo de aquello que se ha generado y debe ser cuidado.

La generatividad, que incluye la creatividad y la productividad, se concentra primordialmente en establecer y encauzar a la siguiente generación. Dentro del esquema psicosocial y psico-sexual, ésta es una etapa esencial que lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a un enriquecimiento, producto de la inversión libidinal, en los hijos. Cuando este enriquecimiento no se produce o falla, se da una regresión a etapas anteriores, a una necesidad obsesiva de pseudointimidad y al sentimiento de estancamiento y empobrecimiento.

8. *Integridad del hombre frente a la desesperanza.* Sólo el hombre que ha abonado su propio terreno con el haber cuidado de cosas y personas, con el haberse adaptado a los triunfos y fracasos inherentes a su condición humana, con el haber generado otros miembros de la especie o el haber legado ideas al tesoro comunal, puede pretender cosechar los frutos positivos de las siete etapas anteriormente descritas.

Las cualidades de un ego integral se caracterizan por el amor posnarcisístico del ego humano —no del sí mismo—, por la seguridad de la propia dirección hacia lo significativo y lo ordenado, por la aceptación del ciclo único y exclusivo de la vida que no permite sustituciones falsas —lo que implica un amor diferente hacia las figuras parentales—, por la defensa y la confianza en la integridad del estilo de vida que se ha llevado, por la relativización de momentos históricos e ideologías, incluyendo los propios.

Las deficiencias en esta integración se reflejan en la actitud que se tiene ante la muerte y el miedo que ella produce. La desesperanza expresa el sentimiento de que el tiempo es demasiado corto, de que no vale la pena probar nuevas alternativas y experiencias. El disgusto y la repelencia hacia lo propio sirven de máscaras a la desesperanza, y bien pueden utilizar aun pequeños estallidos de cólera continuos como portavoces.

Para ligar esta etapa con la primera, se puede parafrasear a Erikson: "El niño sano no le temerá a la vida si sus mayores son suficientemente íntegros como para no temerle a la muerte".

La muerte y la crisis de la mitad de la vida

Elliot Jacques²⁴ ha estudiado y descrito minuciosamente dos periodos de transición, el primero de los cuales se produce alrededor de los 35 años, y es planteado bajo el rubro de "crisis de la mitad de la vida".

Jacques toma como punto de partida el estudio de una marcada tendencia hacia la crisis en el trabajo creador de grandes hombres en la mitad y hacia el final de la tercera década, y considera que esta crisis puede expresarse en tres formas diferentes:

- La carrera creadora puede agotarse porque se acaba la capacidad creativa o por la muerte.
- La capacidad creadora puede expresarse por primera vez.
- Se produce un cambio básico en la forma como se crea y en el contenido de esta creatividad.

El autor considera muy llamativo el índice de muerte entre los 35 y 39 años de muchísimos artistas creadores, entre quienes cita a Mozart, Rafael, Chopin, Rimbaud, Purcell, Baudelaire. En la muestra que tomó al azar, de 310 compositores, poetas y escritores "de indudable grandeza y genio" el índice de muerte se acerca a lo normal entre los 40 y los 44 años, para ubicarse en el promedio normal de los 50 años.

Jacques llama la atención sobre el cambio en la creatividad que se produce durante este periodo en la vida de muchos artistas. Bach, por ejemplo, fue, hasta los 38 años un organista de Leipzig, sobre todo; a partir de ese momento se centró en la producción de sus obras más importantes. Cita también fenómenos similares en las vidas de Rossini, Racine, Goya, el poeta Ben Johnson, los pintores Gauguin y Donatello.

Señala asimismo que Goethe, después de su viaje a Italia entre los 37 y 39 años, experimentó un profundo cambio en lo que concierne a sus metas vitales y creadoras. Aclara, por supuesto, que no sugiere que las carreras de las personas más creativas comienzan o terminan durante la crisis de la mitad de la vida, pero igualmente hay otros en quienes se puede encontrar un cambio decisivo en la calidad de su trabajo.

Las reacciones varían desde crisis graves y dramáticas hasta una transición menos perturbada y modificada, pero en la que se puede

discernir claramente una transformación que se refleja tanto en la cambio de la modalidad del trabajo, como en el contenido de éste.

La creatividad escultórica

En lo que atañe al cambio de modalidad, la creatividad de la segunda década y comienzos de la tercera tiende a ser exaltada, espontánea y aparece con relativa facilidad. En tanto que la creatividad, que aparece hacia los 40 años, corresponde a lo que el autor denomina *creatividad escultórica*. La inspiración y el trabajo inconsciente de este tipo de creatividad es parecido al más temprano, pero hay un gran paso entre la primera efusión de la inspiración y el producto creado. Se produce un proceso de interjuego entre la inspiración y el trabajo intuitivo inconsciente y la percepción considerada de la creación, que emerge externamente, así como en la reacción frente a la misma.

El proceso de externalización es parte esencial del trabajo en la adultez madura, aun cuando el material externalizado inicialmente no sea en sí mismo el producto final sino que más bien constituya el punto de partida, el objeto de modificación y reelaboraciones que se pueden extender por un período de años. Este continuo trabajar elaborativamente el material es lo que conduce a Elliot Jacques a denominar el proceso "creatividad escultórica", por analogía con la naturaleza del material del escultor que trabaja la piedra.

Por supuesto, al diferenciar la creatividad escultórica en la adultez madura, no traza una línea neta de demarcación entre las dos fases; considera, por ejemplo, que los físicos jóvenes pueden realizar descubrimientos asombrosos que son el resultado del trabajo y la experimentación duros y continuos; pero estos descubrimientos resultan de la aplicación de teorías acerca de la estructura de la materia que han sido producto del "trabajo escultórico" de la adultez madura de genios tales como Einstein.

Ciertos materiales se prestan con mayor facilidad a la creatividad rápida; entre éstos Jacques menciona la composición musical y la poesía lírica, más accesibles a la producción creadora rápida que la escultura en piedra o la pintura al óleo, que exigen que el proceso creador atraviese la etapa de la externalización inicial y la elaboración del producto externalizado.

En lo que concierne al contenido de la creatividad, que Jacques denomina "escultórica", se observa el surgimiento de un contenido trágico y filosófico que deviene en sereno, en contraste con el contenido

más lírico y descriptivo del trabajo de la adultez temprana. El idealismo y el optimismo de la adolescencia tardía y la adultez temprana, así como el odio escindido y proyectado que las acompaña son reemplazados por un pesimismo más contemplativo, por un conservatismo más reflexivo y tolerante. Asimismo, se tiende a aceptar el hecho de que la bondad del ser humano, derivada del eros, se acompaña por el odio de las fuerzas destructivas internas derivadas del instinto de muerte.

El idealismo del adulto temprano se construye sobre la base del uso de los mecanismos inconscientes de negación maniaca, como procesos defensivos normales contra la ineludibilidad de la muerte y la existencia de impulsos destructivos dentro de cada ser humano. Para Jacques, el reconocimiento explícito de estos rasgos (muerte y destructividad humana) y el poderlos sacar a la luz con la consiguiente elaboración depresiva, constituye la base de la superación exitosa de la crisis de la mitad de la vida y del logro de una adultez madura escultórica. La posición depresiva debe ser elaborada en un nivel cualitativamente diferente. El producto exitoso del trabajo creador maduro escultórico reside, entonces, en la resignación constructiva que tolera las imperfecciones humanas y los defectos del propio trabajo y que imparte serenidad a la vida y al trabajo mismo.

Jacques²⁵ toma los ejemplos del genio creador porque considera que la crisis de la mitad de la vida se revela con más plenitud y claridad en la vida de éstos. Pero, por supuesto, el proceso se da en todos los seres humanos. En la adolescencia, el resultado negativo de la crisis de esa etapa, en la psicosis, en tanto que, en la mitad de la vida, el resultado predominante de la crisis que no se puede resolver, está constituido por la depresión o por los resultados de las defensas contra ansiedades depresivas, que se reflejan en los mecanismos maniacos, la hipocondría, los mecanismos depresivos o superficialidad o deterioro de carácter. La elaboración de la crisis de la mitad de la vida exige una reelaboración de la depresión infantil pero con un *insight* maduro de la muerte y con aceptación de los fenómenos del envejecimiento, el crecimiento de los hijos, así como el reconocimiento de que la niñez y la juventud se han ido y se debe realizar un duelo por ellas. El logro de la adultez madura e independiente se presenta como la principal tarea psíquica. Para Jacques, la paradoja "es entrar en la flor de la vida, la etapa de plenitud y que al mismo tiempo la flor de la vida y la plenitud tengan un límite de tiempo preciso. La muerte acecha más allá".

Como consecuencia de la elaboración depresiva de esta crisis se produce un refuerzo de la capacidad de aceptar y tolerar el conflicto, la

ambivalencia y la imperfección. El proceso escultórico puede ser llevado a cabo a través de la *reparación*, sea en la propia vida, sea en las relaciones objetales íntimas o en la obra de arte. No se exigen intentos obsesivos de perfección, puesto que se sabe que ésta es imposible y la imperfección no se experimenta como un fracaso persecutorio amargo. En razón de la mayor integración del mundo interno y de la profundización del principio de realidad se produce una interacción más libre entre mundo interno y externo que se expresa a través de una corriente de inspiración de adentro a afuera que vuelve hacia adentro, enriqueciendo y sentando las bases para nuevas externalizaciones creativas.

La resignación creativa no es, en el caso de la resolución exitosa de la crisis de la mitad de la vida, una derrota.

Por supuesto, no todos los seres humanos confrontan las ansiedades ligadas a la madurez y a la percepción de su muerte en estos términos integradores. Sucede con frecuencia que las ansiedades esquizoparanoideas invaden al adulto mayor; que la sensación de futilidad se instala como un huésped permanente, no invitado y que lo que se consideraba un rumbo vital lógico, se desgarrar y fragmenta. A menudo se intenta afrontar la lucha contra el vacío con mecanismos maniacos de negación, reflejados en el engañoso cliché de "empezar una nueva vida", cuyo resultado es, en demasiadas ocasiones, un estrepitoso fracaso.

NOTAS

1. B. Malinowsky, *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia*.
2. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
3. P. Blos, *On Adolescence*.
4. S. Brainsky, "Estudio sobre la estructura psicológica de pacientes afectas de cáncer de seno (II)".
5. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre la reacción adaptativa de la adolescencia".
6. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
7. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre la reacción adaptativa de la adolescencia"; los conceptos sobre la adolescencia aquí emitidos se transcriben de una conferencia pronunciada por el autor en el curso de actualización en farmacodependencia, para médicos, psiquiatras y enfermeras, organizado por la Dirección General de Atención Médica y la División de Salud Mental del Ministerio de Salud, en mayo de 1981.

8. E. Erikson, *Childhood and Society*.
9. S. Brainsky, *op. cit.*
10. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense*.
11. M. Knobel, "El síndrome de la adolescencia normal".
12. Valdría la pena, tal vez, utilizar el término "identidades", puesto que en el comienzo de la adolescencia se está lejos de la creación del sentimiento interno de mismidad y de continuidad; de la unidad del individuo sentida por el individuo y avalada por los demás, que constituye la identidad lograda. Se habla de identidades ocasionales o circunstanciales y Erikson habla de las identidades negativas como la única solución frente a la sensación de no ser nadie: mejor ser delincuente, homosexual, adicto, que no ser.
13. A. Aberastury, *El adolescente normal*.
14. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre la reacción adaptativa de la adolescencia".
15. Fairbairn, citado por H. Guntrip, en *Estructura de la personalidad e interacción humana*.
16. S. Brainsky, *op. cit.*
17. A. Aberastury, *El adolescente normal*.
18. P. Blos, *On Adolescence*.
19. E. Erikson, *Childhood and Society*.
20. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
21. D. W. Winnicott, *The Maturation Processes and Facilitating Environment*.
22. E. Erikson, *Childhood and Society*.
23. E. Erikson, *op. cit.*
24. E. Jacques, "La muerte y la crisis de la mitad de la vida".
25. E. Jacques, *op. cit.*

14. INTRODUCCIÓN A LOS FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

*El concepto de éxito es siempre relativo.
Consiste en aquello que podemos arreglar del
embrollo que hemos hecho de las cosas.*

T. S. Eliot, *La reunión familiar*

El psicoanálisis como tratamiento

El psicoanálisis como tratamiento busca modificar el comportamiento y, lo que es más importante, la estructura de personalidad del paciente mediante la utilización de la relación analista-analizando, a través del lenguaje verbal, y en un contexto específico en el cual se ubica esta relación.

El psicoanálisis, como lo anota Ey¹, constituye el modelo básico sobre el cual se fundamenta la gran mayoría de las psicoterapias.

La necesidad de compartir los conflictos y de intentar resolver las contradicciones se plantea desde el momento en que el ser humano aparece como tal, y son los sacerdotes y los médicos brujos quienes constituyen los pioneros de cualquier intento psicoterapéutico. En este aspecto, es interesante observar la relación que hay entre la palabra "cura" destinada a designar al sacerdote y el verbo "curar" con el que se conoce habitualmente la acción médica. Asimismo la palabra "tratamiento" tiene una serie de connotaciones, tales como la de curar, ya mencionada, la de proveer comida y abrigo y la que usan los artistas para nominar la preparación de los materiales y los lienzos para la producción artística. En este aspecto, también el fenómeno psicoanalítico y de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas, constituye un

hecho creativo, puesto que analista y analizando configuran un *campo* en el que se trabajan diferentes materiales, y cuyo resultado es siempre superior a la simple suma de las partes.

La psicoterapia, como disciplina científica, tiene una serie de pioneros, entre los que se cuentan Paracelso, Johannes Weier, Sydenham, Baglivi, Braid, Pinel, Bernheim, Charcot, etc., sin que esta lista pretenda, en absoluto, agotar precursores. Lewis Hill² recuerda el origen de la palabra "psicoterapeuta": inicialmente los *therapeuthae* eran sectas de esclavos judíos y cristianos que vivían en Alejandría en el siglo II de la Era Común, y a quienes se suponía diestros en el arte de curar.

Es con Freud, empero, y con la evolución del proceso psicoanalítico que la psicoterapia se sistematiza, se desarrolla como disciplina y pasa, por así decirlo, a un primer gran plano de la historia de la vicisitud humana.

Gestación de la neurosis

En algún momento crítico de su desarrollo, el niño, unidad biopsicológica y social, sufre un trauma, o mejor, una vivencia traumática o una serie de éstas, que lo inundan en la medida en que, desde el punto de vista económico, la intensidad de lo sufrido desborda la capacidad del yo infantil para manejarlo. Esto puede determinar que el contenido ideativo y el afecto que acompañan los traumas (vividos en la realidad o fantaseados) se expulsan de la conciencia y se confinen a lo inconsciente (represión secundaria), agencia en la cual las ideas, los afectos y los derivados instintivos se ligan a otras constelaciones reprimidas (organizaciones de fantasía, complejos), e intenten con éxito, apenas relativo, abrirse paso hacia la conciencia y en dirección a la acción motora. Lo reprimido ejerce, además, una atracción de imán sobre otros contenidos conscientes, que se ven arrastrados así hacia el inconsciente profundo y los dominios del proceso primario.

De esta manera, fuentes de energía, que en otras condiciones se utilizarían para trabajar, crear o amar, tienen que ser utilizadas por las fuerzas represoras en la manutención de un *statu quo* siempre inestable y continuamente tenso.

Así, la vivencia es exiliada del devenir de la existencia consciente. *El recuerdo es expulsado de la memoria* y los patrones de acción, mecanismos de defensa y relaciones objetales se congelan en un mundo interno, que no tiene la oportunidad de modificarse por la experiencia externa y el principio de realidad. El mundo externo debe ser una

réplica exacta, narcisística y simétrica de lo que ha quedado plasmado en el adentro, *el objeto externo no se distingue realmente de lo propio*.

La vivencia reprimida tiene dos implicaciones: por una parte, carece de tiempo en la medida en que se ha hecho, al menos parcialmente, parte del proceso primario. Por otra, detiene, *fija*, la historia del ser humano en un momento dado de su transcurso vital. El psicoanálisis es una invitación a reanudar esta historia interrumpida, en el contexto de una relación bipersonal y en el marco de referencia de lo que se denomina situación analítica.

Situación analítica

La situación analítica abarca la totalidad de las transacciones que se llevan a cabo en el *campo* configurado por el psicoanalista y el analizando, desde el comienzo del tratamiento hasta su finalización, y comprende *encuadre y proceso*.

El encuadre o *setting* se refiere al conjunto de normas y habitualidades que configuran la relación analista-paciente, en el contexto de la terapia; pero, además, y esencialmente, se relaciona con la actitud psicoanalítica, consistentemente receptiva, desprovista en lo posible de juicios peyorativos de valor y favorecedora de la comprensión.

El encuadre permite obtener que la situación analítica tenga características cuasiexperimentales para el estudio de cómo piensa y siente el hombre. En las sesiones analíticas se busca:

1. Colocar al analizando en condiciones operativas constantes.
2. Favorecer el relajamiento de las actitudes de control.
3. Asegurar el mantenimiento de las capacidades de observación del yo.
4. Evitar que el analizando encuentre en el tratamiento satisfacciones sustitutivas de las que consigue en el uso de los mecanismos de defensa¹.

Rodrigué⁴ cita a Kriss, quien señala: "La situación analítica con sus requisitos y reglas... no es un mero conglomerado de procedimientos reunidos al azar, de reliquias que Freud nos legó de sus primeros tanteos terapéuticos y de sus propias idiosincrasias, sino que es un

contexto concebido con el doble propósito de curar y de crear una situación casi experimental”.

Rodrigué se muestra de acuerdo en que tanto en la situación analítica como en todo experimento científico, se busca disminuir el número de variables en juego, por la disminución de estímulos que origina una ligera privación sensorial, el anonimato del analista y la estabilidad que crean lo que denomina un “clima consecuente”.

Significados del encuadre

El encuadre se define como el continente en el que se desarrolla el proceso psicoanalítico. En este aspecto, el encuadre permite que se lleve a cabo el proceso y que éste sea lo más dinámico posible a la manera de un recipiente cuyos límites dan lugar a que el líquido contenido se agite con turbulencia sin desbordarse.

— Continente que contrapone el orden frente al caos interior del paciente.

— Continente que facilita la proyección de los contenidos internos del paciente.

— Continente que favorece el estudio sistemático de la relación transferencial-contratransferencial.

La actitud psicoanalítica y la de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas comprende, entre sus puntos básicos, y como ya se ha dicho, la neutralidad, y la estimulación de la comprensión. Su esencia, en lo que concierne al intercambio de mensajes puede sintetizarse de la manera siguiente⁵:

Habitualmente los mensajes que se entrecruzan entre diferentes personas se emiten y reciben a través de un mismo vector: la persona A envía una señal a la persona B o C que, en el caso del paciente neurótico o psicótico, se convierte apenas en el depositario de sus propias identificaciones proyectivas. B recibe la señal y la devuelve por la vía del mismo canal. Así, si el mensaje que A ha enviado a B es agresivo, la respuesta que obtendrá es igualmente agresiva. O bien, si A, paciente neurótico, proyecta sus contenidos en B, éste actúa el rol inconscientemente vehiculado por las identificaciones proyectivas de A. El paciente, mientras más neurótico o psicótico sea, más espera respuestas simétri-

cas. Simultáneamente es consciente de las contestaciones que recibe, no así del mensaje que envió para provocarlas.

Este intercambio de mensajes puede sintetizarse en dos pasos (ver gráfico 15).

Habituales

En psicoanálisis, el paciente proyecta sus contenidos, sentimientos, frustraciones, rabia, erotismo, vale decir, sus mensajes al analista; éste en lugar de devolver inmediata y violentamente la señal del paciente, la recibe, la demora dentro de sí, la metaboliza, por así decirlo, y la devuelve por otro vector destinado a aumentar la comprensión del analizando en relación al qué y al porqué de su forma peculiar de sentir y actuar en la sesión, que constituyen un reflejo fiel de su manera de estar en el mundo. El psicoanalista agrega, pues, a los dos pasos anteriormente descritos de la comunicación habitual, un paso más, relacionado con sus propias capacidades de *holding* y *reverie*.

Esto implica un renunciar a la acción motora directa para poder contribuir a que el paciente, a su vez, pase paulatinamente del *acting* a la reflexión, es decir, del dominio del principio del placer a su complementación con el principio de realidad.

Así, por ejemplo, el señor A, paciente de psicoanálisis, relata en el transcurso de una sesión que se ha sentido particularmente irascible y que ha confrontado, en consecuencia, situaciones desagradables con las personas de su ambiente. A renglón seguido, ataca también al psicoanalista, porque considera que éste es torpe, poco eficaz y que se aprovecha de la debilidad de A. El analista se siente incómodo y registra su propia sensación, lo que lo lleva a preguntarse las posibles motivaciones de la rabia que su analizando manifiesta hacia él. Toma conciencia, entonces, de que se acerca el periodo de vacaciones y puede señalarle, por lo tanto, al señor A, la forma en que resiente el abandono terapéutico que se aproxima y la manera como protege su sensación de desvalimiento mediante la furia. Si las condiciones de la relación son, en general, adecuadas, en ese momento específico, el señor A entenderá que esconde su tristeza con cólera, que esta maniobra defensiva corresponde a una actitud frecuente que tiene sus raíces en situaciones del pasado, que comenzará a explorar y sopesar.

El análisis comienza con el establecimiento de un contrato que Menninger⁶ denomina "pacto". Este compromiso encierra necesariamente lo que Greenson⁷ llama "alianza terapéutica", que supone un pacto entre el analista y los núcleos más sanos del paciente.

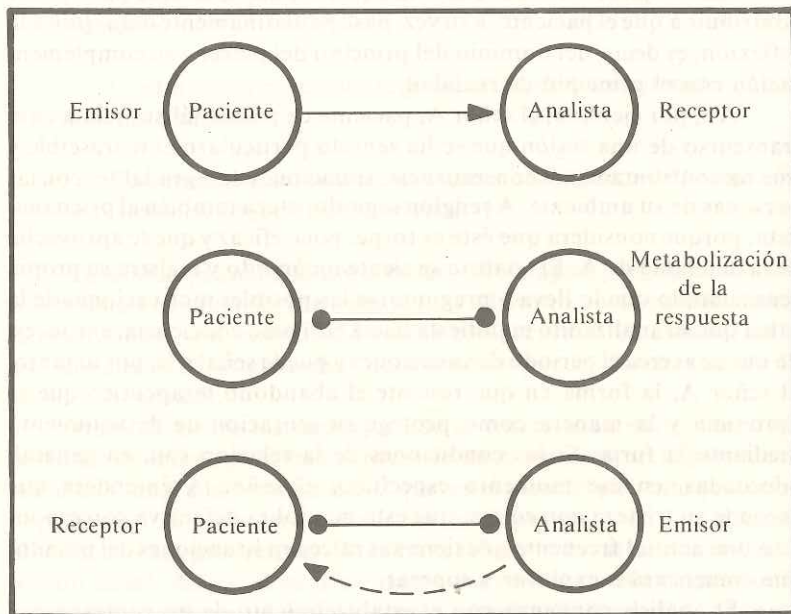
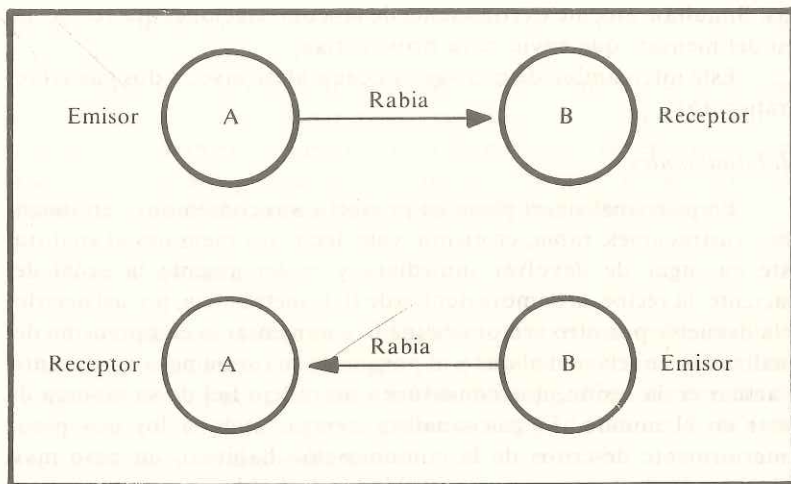


Gráfico 15: *Intercambio corriente de mensajes; intercambio de mensajes entre paciente y analista.*

En el contexto de este pacto, se plantean al paciente las condiciones en las que se llevará a cabo el trabajo que, como lo plantea Freud⁸, constituyen apenas, como en el juego de ajedrez, los gambitos iniciales y finales, modificados por una infinita variedad de movimientos, después de la apertura, que desbordan las posibilidades de descripción. Freud aclara, también, que su justificación es la de que son simples reglas de juego que adquieren su importancia en virtud de su relación con el plan general de la situación. Prefiere llamar a estas reglas “recomendaciones”, ya que “la extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas, la plasticidad de todos los procesos mentales y la riqueza de los factores determinantes se oponen a cualquier mecanización de la técnica”.

Estos factores comprenden, entre otros, el horario de trabajo, el pago de honorarios, la regla de abstinencia y, por supuesto, la regla de la “asociación libre”, que constituye la piedra fundamental de la labor analítica.

El horario, que suele ser de cuatro sesiones a la semana, tiene importancia porque proporciona una estabilidad básica de trabajo y, en la medida en que es continuo y que, como el resto de los elementos del encuadre, se parece a sí mismo, disminuye las variables en juego.

El diván y la posición yacente constituyen fundamentos importantes del análisis en varios sentidos⁹:

- Favorecen la pantalla de proyección que deviene el analista y conforman una parte importante de la singularidad transferencial-contratransferencial, dado que permite que el diálogo se lleve a cabo entre derivados estructurales más cercanos al inconsciente, que entre el yo consciente del analizando y del analista.

- Facilitan la regresión al servicio del yo.

- Disminuyen los estímulos sensoriales, obligando al paciente a concentrarse en sí mismo.

- Al estar el paciente relativamente quieto se limita el acceso a la motricidad, lo que conduce a una mayor producción en términos de imágenes sensoriales, fantasías y palabras.

- Estimula la “asociación libre”.

Frieda Fromm-Reichmann¹⁰ considera inadecuado el uso del diván en la psicoterapia psicoanalítica de esquizofrénicos, en la medida en que el paciente se encuentra ya en una regresión intensa.

Los honorarios, respecto a los cuales tienden a plantearse problemas parecidos a aquéllos que surgen con la sexualidad, deben ser discutidos sin hipocresías y en forma franca¹¹, mas debe tenerse presente que esto se ha prestado para ataques y caricaturas referentes a la figura del analista. Sin embargo, puede responderse que el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas constituyen un modelo artesanal y el artesano valora su trabajo mediante emolumentos, sea en dinero o en trueque, modalidad ésta poco utilizada en la sociedad en que vivimos. El pago constituye, además, uno de los patrones por los cuales se observa la forma como el paciente concibe el dar y recibir, y los cambios en la modalidad de pagar, conjuntamente con otros elementos, suelen ser guías de las modificaciones del paciente en la terapia psicoanalítica. El no pago oportuno de los honorarios, por ejemplo, puede corresponder, en un momento dado, a un intento defensivo de inversión de roles: el paciente ubica en el analista su resentimiento frente al necesitarlo. A través de la demora en el pago, es el psicoanalista quien se transforma en el ser necesitado. De la misma manera, el pago anticipado o regularmente minucioso puede ser una forma de aplacar la figura omnipotentemente persecutoria del psicoanalista, o estructurar una especie de soborno inconsciente por el cual se espera que no se toquen en el psicoanálisis temas que podrían ser dolorosos o que se suponen tabú.

Yamín¹² denomina "acuerdos" a los procedimientos mediante los cuales el paciente intenta evitar el proceso de su propio psicoanálisis, por el refugio defensivo en los elementos formales del encuadre, y llama la atención sobre la posibilidad y el peligro potencial que entraña el que el psicoanalista, a través de la contraidentificación proyectiva, acepte, inconscientemente, este tipo de maniobras.

Regla fundamental del psicoanálisis

La regla fundamental para el paciente en psicoanálisis es la de la "asociación libre"¹³. Al analizando se le solicita que durante el transcurso de las sesiones explice lo que siente y piensa, sin censurarlo, y sin que importe que le parezca absurdo, agresivo, banal o le produzca vergüenza o dolor.

Resistencias

A medida que el paciente comienza a relacionarse con su psicoanalista, a través de la regla fundamental, las cadenas asociativas y las asociaciones libres por el *ineludible determinismo psíquico*, se acercan a temas que, de una manera u otra, son dolorosos o molestos y que se relacionan con lo reprimido. A estas dificultades para el cumplimiento de la regla fundamental se las denomina “bloqueos” o “resistencias”, que corresponden a la proximidad de lo reprimido, y las fuerzas que los determinan son las mismas causantes de la represión.

En cierto sentido, justamente son estas rupturas las que permiten comprender que el paciente (y, por lo tanto, el analista, en cuanto los dos, como se ha dicho, configuran un *campo*) se acerca a terrenos peligrosos, es decir, a derivados más cercanos de lo inconsciente, con incremento de lo regresivo que se manifiesta en la transferencia, con aumento de las contradicciones. Si las asociaciones libres fluyeran sin interrupción, la estructura sería monolítica y no permitiría resquicio alguno para observar los fenómenos que ocurren en el paciente y en su relación con el psicoanalista. Gracias a la solución de continuidad producida por los bloqueos, se producen las fisuras que dan pie para contemplar el turbulento panorama de la vida psíquica.

Con la “asociación libre” y sus rupturas se disminuyen, además, los intentos de restricción voluntaria, y se modifica el interjuego de fuerzas entre la primera y censura y la segunda. Por consiguiente, a través de la simbolización defensiva, el paciente establece conexiones entre las vivencias traumáticas tempranas y los fenómenos que se ligan a ellas, por las leyes asociativas. En el esclarecimiento psicoanalítico, es menester recorrer el camino inverso al que siguió la represión.

Un paciente comienza a hacer un relato en el que figura un viaje en bus, al parecer inocuo. Encuentra, sin embargo, dificultades para relatarlo, lo que comunica al analista, quien le solicita que continúe sus asociaciones. Eventualmente, le viene a la mente el recuerdo de un paseo en el que se sintió dejado de lado y humillado. Esta imagen-pantalla se conecta, a su vez, con un episodio casi olvidado de su niñez, en el que vivenció agresividad y desprecio por parte de sus padres. El sentimiento doloroso de esta situación se liga a la excursión en cuestión, y determina la dificultad para relatarla.

El analizando puede darse cuenta de sus propias resistencias, gracias al incremento de su yo observador, inicialmente limitado a la introspección que lo llevó al análisis, y al cual proporciona el manteni-

miento del encuadre que facilita una parte fundamental de la estrategia del comienzo de la terapia, cuya esencia reside en la escisión del yo del paciente, para fomentar un yo crítico de sus propios actos y motivaciones.

Freud¹⁴ clasifica las resistencias en tres categorías:

1. Resistencias del yo que corresponden a la "represión", la "ganancia secundaria" y la "resistencia de transferencia".
2. Resistencias del superyó relacionadas con la culpa inconsciente.
3. Resistencias del ello, que Freud describe como una especie de "viscosidad de la libido", que le impide cambiar de objetos y que tiende, sobre bases constitucionales, a fijar la personalidad.

Las resistencias del ello y del superyó se ligan a la llamada "reacción terapéutica negativa", en la cual se observa la imposibilidad del paciente para tener una real mejoría en el psicoanálisis y en la vida. Cada vez que se produce un cambio positivo, el paciente abandona el tratamiento; busca un nuevo psicoanalista, tan sólo para repetir nuevamente el ciclo. Este proceso patológico debe distinguirse, empero de los aumentos de las resistencias que acompañan cualquier proceso de cambio y que podrían denominarse "microrreacciones *terapéuticas negativas*"¹⁵, que se dan a lo largo de cualquier tratamiento psicoanalítico, y que escoltan defensivamente cualquier modificación vital.

Neurosis de transferencia

Con el avance paulatino del tratamiento se produce en el paciente un aumento de la regresión al servicio del yo, debida a la mayor cantidad de narcisismo (al servicio del yo), ejemplificado por la mayor autobservación, la relativa deprivación de estímulos sensoriales y la frustración que produce el hecho de que el analista es neutral, es decir, que no premia ni castiga, se mantiene como una figura estable y no toma partido ni en pro ni en contra de las figuras conflictivas del paciente.

Concomitantemente con esta regresión y como cristalización de ella, comienza a producirse en la vida del paciente un importante desplazamiento: la libido, el interés, la rabia, el cariño y la frustración se proyectan en la figura del analista que básicamente se transforma en lo

que constituye el “analista-pantalla” o “analista-espejo”, expresiones éstas que de ninguna manera pueden entenderse en términos de no participación del psicoanalista en las vicisitudes del tratamiento. En otras palabras, el paciente condensa la disposición transferencial en el analista; las vivencias se sienten en el aquí y ahora y la neurosis habitual del paciente se convierte en “neurosis de transferencia”.

Como ya se vio (ver p. 171) el término transferencia se refiere tanto al fenómeno universal de la repetición de la vida psíquica, como a su aparición y manejo en el tratamiento psicoanalítico, en el que constituye una piedra angular. Asimismo se vio la clasificación que hiciera Freud¹⁶ de la transferencia en positiva-erótica-sublimada y la negativa, que comprende la erótica-no sublimada y la agresiva. La transferencia negativa tiene el significado de resistencia, debido a que tiende a presentarse cuando el paciente se acerca a un momento de introspección.

La transferencia que más cuenta en psicoanálisis es la latente y en este sentido el fenómeno constituye, a su vez, siempre tanto un desarrollo como una defensa.

La transferencia en el tratamiento psicoanalítico implica:

— Que lo que se ve, más o menos *in vitro*, se transforma ahora en una situación *in vivo*. El relato del paciente deja de ser tal para convertirse en una realidad viviente.

— Una constante reviviscencia de fenómenos infantiles y de experiencias que el paciente vive y actúa en el afuera, pero que al condensarse ahora en el *campo*, pueden observarse con vigor y precisión. Así por ejemplo, la reacción de un paciente frente a las vacaciones de su psicoanalista podría equipararse a un pequeño objeto que cae sobre un tambor y produce un ruido igualmente suave. El tambor, empero, está conectado a la caja de resonancia de un segundo tambor, más grande. Este, a su vez, a un tercero y a un cuarto, que corresponden al pasado del paciente y a su respuesta emocional frente a los abandonos. La transferencia no permite viajar al pasado; da lugar, sin embargo, a que este pasado pueda traerse al presente, ser sentido, estudiado, reflexionado y, por lo tanto, metabolizado.

— Es y no es con el terapeuta: no lo es por cuanto y, en las palabras de Lagache¹⁷ corresponde a un diálogo de fantasmas y lo

es, porque lo que sucede es con el psicoanalista, así se tome éste como resto diurno del paciente, que le permite vehiculizar sus propias fantasías.

— Los cambios registrados mediante la auscultación cuidadosa de la transferencia-contratransferencia implican, necesariamente, modificaciones del paciente en su vida común y corriente. Si bien sería desastroso trivializar la transferencia (la vida no se limita a la transferencia), ésta constituye el instrumento de observación más fiel con que cuenta el psicoanalista para su labor y el termómetro más aproximado de los cambios de temperatura en la vida del paciente.

Ahora bien, todos los fenómenos de la situación psicoanalítica, particularmente en la visión moderna del psicoanálisis, se refieren a ambos participantes. Las leyes que son válidas para el uno, lo son necesariamente también para el otro, con la posible única excepción de la interpretación (función del psicoanalista). Así, si para el paciente la regla básica es la de la libre asociación, para el analista la regla básica es la “atención flotante”¹⁸ es decir, el psicoanalista debe oír todo lo que le dice el paciente y escuchar también las resonancias que evocan o despiertan en su propio interior las comunicaciones de éste¹⁹.

Contratransferencia

Se ha dicho que el analista es neutral, pero esto no significa que no esté presente; los mensajes verbales y preverbales hacen surgir en el psicoanalista fantasías, sensaciones, pensamientos y emociones conscientes e inconscientes. A este resonar del analista se le conoce con el nombre de *contratransferencia*.

Al igual que lo que sucedió con la transferencia, inicialmente se contempló la contratransferencia como un obstáculo para el trabajo psicoanalítico. Hoy en día se concibe como la guía principal para llegar a la problemática del paciente, siempre y cuando el analista la elabore y el énfasis de la situación tienda a virar del estudio de la psicología del paciente al campo transferencial-contratransferencial, configurado por los dos participantes de la “díada”.

Como en el estudio de la transferencia, se podría clasificar la contratransferencia en positiva y negativa; y ésta última tendría, para el analista, el mismo valor resistencial que la transferencia tiene para el

paciente, en la medida en que determina dificultades para la comprensión.

Se ha visto (ver p. 259) que el intercambio de mensajes entre paciente y analista contempla tres pasos y que el analista introduce un estadio intermedio de continente, comprensión y metabolización, que no se dan en la comunicación cotidiana, para lo cual es indispensable que sienta plenamente la contratransferencia y, una vez sentida, pone distancia a través de su propia función sintética, para devolver al paciente el intento interpretativo de comprensión. Si el analista acepta el rol proyectivo que le ha transmitido el paciente y lo contraactúa, se halla en lo que Grinberg²⁰ llama "contraidentificación proyectiva", concepto éste que tiene puntos de similitud con lo que Racker²¹ denomina "contratransferencia complementaria", en la cual el analista se identifica con los objetos internos del paciente, y que contrasta con la contratransferencia concordante, descrita por el mismo autor, en la que el psicoanalista se identifica con el ello, yo o superyó del paciente. Grinberg, empero, acentúa, en su descripción y explicación de la contraidentificación proyectiva, los aspectos del paciente que tienden a producir respuestas similares en diferentes analistas.

Hasta cierto punto, la contraidentificación proyectiva es inevitable. La tendencia básica del proceso, sin embargo, permite al analista salir de la contraactuación y rescatar su misión de comprender.

Un paciente ubica en el psicoanalista sus sentimientos de culpa con el objetivo inconsciente de que éste ejerza las funciones de su propio superyó primitivo. El impulso inicial del analista puede llevarlo a la contraidentificación con los aspectos proyectados y el resultado puede ser un áspero regaño, disfrazado de interpretación. Si, en cambio, su reacción inicial es restringir y castigar, pero se da cuenta de esto y lo entiende dentro de sí, en el contexto de la vida del paciente y en el de la relación transferencial-contratransferencial, puede interpretar al paciente, por ejemplo, que busca ser persecutoriamente sobreprotegido a través del castigo, para no asumir la ineludible responsabilidad de encontrar sus propias escalas de valores.

El psicoanálisis contemporáneo se convierte cada vez más en un estudio de la teoría de la comunicación, de lo que sucede entre analizando y analista, a través de la transferencia-contratransferencia, y gracias a la estabilidad que proporciona el encuadre.

Para Freud²² y Klein^{23 24}, la transferencia significa ligar lo que el paciente vive en el aquí y ahora con las situaciones y los objetos primarios, o sea, que se mantiene el eslabón genético. C. Plata²⁵,

conjuntamente con otros autores ²⁶, sostiene la no necesidad de la complementación genética. Si la transferencia inconsciente es interpretada adecuadamente, en términos de relación transferencia-contratransferencia actual, el paciente mismo, mediante la función sintética de su yo, puede hacer la complementación genética que es, en mayor o menor grado, una teoría sobre el pasado.

Las teorías genéticas que sustenta el analista influyen sobre el cuándo y cómo se maneja la transferencia. Todo psicoanalista está de acuerdo en que el paciente trae una disposición transferencial, pero para aquéllos que aceptan un yo más temprano, existe la posibilidad de interrelación más precoz, lo que implica posibilidades de interpretación transferencial en el comienzo mismo del proceso. Para los psicoanalistas de corte más clásico, debe esperarse la presentación de la neurosis de transferencia condensada. Greenson²⁷, entre otros, considera que las interpretaciones transferenciales tempranas desconciertan al paciente y lo angustian con el consiguiente aumento de las resistencias. Las ideas anteriores se ligan también con el hecho de que el énfasis del concepto clásico de transferencia está colocado en la repetición, sea en términos de “repetir para no recordar” o “repetir como única forma de recordar”. En otros modelos²⁸, el hincapié está en la transferencia como creación, como algo nuevo y muy singular que surge en el contexto de la relación psicoanalítica, sin que se desconozcan sus raíces profundas en el pasado del analizando.

Herramientas terapéuticas utilizadas en el proceso psicoanalítico

Entre las herramientas terapéuticas utilizadas en el proceso psicoanalítico se cuentan las siguientes:^{29 30}

1. Sugestión.
2. Persuasión.
3. Abreacción o catarsis.
4. Manipulación.
5. Clarificación.
6. Interpretación y elaboración.

De estos procesos, ligados entre sí, los básicos en psicoanálisis son la interpretación y la elaboración; los demás pueden considerarse como coadyuvantes y pasos previos y preparatorios para el fenómeno interpretativo-elaborativo.

Sugestión

Consiste en la capacidad terapéutica de convencer al paciente a través de elementos afectivos. Dinámicamente los elementos que más juegan en la sugestión son la identificación y la proyección del superyó. La sugestión es la base de la hipnosis. En el modelo psicoanalítico básico, se encuentran elementos de sugestión en el pacto y en el encuadre, provistos de ciertos aspectos ritualísticos que movilizan emociones e idealizaciones relacionadas con la transferencia positiva.

Persuasión

Reside en transmitir a un paciente la convicción de algo que el terapeuta ha entendido sobre él, mediante la utilización de mecanismos predominantemente intelectuales. Los mecanismos dinámicos que actúan en la persuasión son también la identificación y la proyección, pero basados en la función sintética del yo. Los peligros más obvios de las distorsiones, en el uso de esta herramienta, se relacionan con racionalizaciones y con intentos de imponer al paciente valores que le son ajenos. En lo que al psicoanálisis concierne, hay elementos de persuasión en toda interpretación, por neutral que pretenda ser; además, el encuadre proporciona la oportunidad de crear y fomentar el yo observador del paciente.

Catarsis

Tiene una enorme importancia en la historia del psicoanálisis y en los inicios de éste se confunde con su esencia misma. Anna O., paciente de Freud y Breuer³¹, bautizó el tratamiento con el nombre de *chimney sweeping*. La catarsis implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos. La catarsis y la abreacción son básicas en el psicoanálisis y en cualquier tratamiento. Es obvio que proporciona al paciente posibilidades fundamentales de desahogo. En psicoanálisis, sin embargo, dista de ser suficiente, dado que, si bien descarga en algo el conflicto dinámico, éste se vuelve a cargar, a la manera de un dique que se abre, permite la salida del agua que contiene para eventualmente, volverse a llenar. La descarga del conflicto por sí sola, no implica automáticamente la resolución de éste.

Manipulación

El concepto se utiliza en dos sentidos: como herramienta técnica y como instrumento terapéutico.

En psicoanálisis, la manipulación como instrumento terapéutico se considera como una maniobra que, en cierto sentido, trampea con el paciente, ya que intenta, por medio de cambios artificiales en el encuadre, soslayar las resistencias en lugar de enfrentarlas. En algunas terapias psicoanalíticamente orientadas se utiliza la manipulación como instrumento técnico o finalidad terapéutica. Así, por ejemplo, Alexander³² utiliza en pacientes con úlcera del duodeno, cuyo conflicto específico contempla en términos de independencia consciente-necesidades profundamente reprimidas de dependencia, lo que denomina "experiencia emocional correctiva", que consiste en maniobrar, a través de la transferencia del paciente, interrupciones sistemáticas del tratamiento.

John Rosen³³ usa, en el método psicoterapéutico que ha diseñado para pacientes esquizofrénicos agudos, el llamado "vacío psicológico", que consiste en amenazar bruscamente al paciente con el abandono una vez que ha establecido una transferencia idealizada, de no dejar de lado su mundo delirante.

Las maniobras manipulativas se presentan también y con frecuencia, en las terapias directivas, en las que se acostumbra ayudarle al paciente a buscar trabajo, aconsejarle que se mude de un sitio de residencia a otro, o que rompa una relación afectiva.

La manipulación constituye uno de los elementos más importantes de aquellas terapias del comportamiento en las que, y en oposición con lo que plantea el psicoanálisis, se establece una ecuación entre síntoma y conflicto, de modo que al eliminar el síntoma se liquida supuestamente el conflicto³⁴. Por ejemplo, sobre la base del condicionamiento clásico o del operante, se obliga al paciente a enfrentarse a las situaciones fóbicas que teme o se divide la sexualidad en pasos y después de manipula la situación del paciente en las etapas consideradas más débiles.

Clarificación

Tiene muchos elementos en común con la persuasión. Carl Rogers³⁵ trabaja en "terapia centrada alrededor del cliente", integrando elementos conscientes y preconscientes, sin apelar a lo inconsciente ni al manejo de

la transferencia, lo que necesariamente lleva a preguntarse cómo logra evitarlo. En general, esta herramienta específica, difícil de separar de la interpretación, corresponde a una noción extrema del "terapeuta-espejo", en la que éste se limita a traducir, casi sin metabolización, los contenidos del paciente. La clarificación presenta ciertas complicaciones en su comprensión en la medida en que intenta captar contenidos conscientes aislados, para integrarlos; y lo consciente, preconsciente e inconsciente constituyen una estructura cuyos elementos se imbrican inextricablemente.

Interpretación y elaboración

La interpretación, como se ha dicho, constituye la herramienta de trabajo más importante de la comunicación psicoanalítica. No existe un consenso entre los diferentes analistas en cuanto a cómo definirla, debido justamente a la riqueza funcional y conceptual del planteamiento. Se definirá, empero, como la comunicación verbal explicitada que el psicoanalista hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos inconscientes de éste, con el objetivo de ayudarlo a hacer consciente lo inconsciente (fórmula topográfica), a ampliar los terrenos de su yo (fórmula estructural) o a distinguir el yo del objeto (fórmula objetal). Entre lo que se podría considerar guías de la interpretación se encuentran las siguientes:

a. La interpretación se puede concebir como un acto aislado pero también se comprende como un proceso en el que culminan los efectos de los contenidos del paciente, del encuadre y de la relación y la comprensión transferencial-contratransferencial. Tiene, por una parte, una consecuencia inmediata, en el sentido de aumento moderado de la comprensión, pero también efectos múltiples en lo que se refiere a su asimilación paulatina por parte del paciente, así éste parezca ignorarla inicialmente. El paciente psicótico ignora aparentemente la interpretación que le ha hecho el psicoanalista durante la sesión; algunas sesiones más tarde trae a colación las palabras exactas dichas por el terapeuta, las presenta como propias, sin, por así decirlo, reconocer derechos de autor. El paciente se halla en este momento en una etapa intermedia en su relación con su psicoanalista, reflejo de su propia interacción con el mundo. Por una parte, ha aceptado, a nivel profundo y lentamente, el señalamiento del analista; por otra, niega la exis-

tencia del objeto que proporciona la interpretación. Está lejos aún de renunciar a la omnipotencia narcisística.

b. La interpretación va de lo superficial a lo profundo, lo que debe entenderse en el sentido en que contempla lo superficial comprendido como lo que emerge en la sesión, es decir, lo que constituye el hilo conductor de las asociaciones del paciente: la fantasía básica que constituye la esencia del relato. Esta comprensión del término ahorra parcialmente las polémicas que ha inspirado, ya que algunos psicoanalistas norteamericanos plantean la interpretación profunda negativamente, para referirse a interpretaciones que buscan prematuramente profundidad genética, dinámica y transferencial.

c. El psicoanálisis evoluciona de la interpretación de contenidos a la de resistencias y hacia la comprensión del carácter. Los tres elementos se condensan en lo transferencial-contratransferencial. No obstante, la interpretación debe contemplar los aspectos de defensa y de lo defendido. Fenichel³⁶ plantea el problema de la siguiente manera:

Es necesario mostrarle al paciente:

- Qué se defiende.
- Cómo se defiende.
- De qué se defiende.

Si se interpretan tan sólo los contenidos, los impulsos instintivos, las defensas inconscientes del yo anulan la interpretación. Si se interpretan solamente las defensas, el paciente sentirá la intervención del psicoanalista como persecutoria, con las consiguientes posibilidades de rechazo y fortalecimiento de las resistencias. Por supuesto, *no existe la interpretación completa*: es apenas una tendencia hacia la cual se trabaja laboriosamente y no puede erigirse en una especie de altar persecutorio.

d. La interpretación debe hacerse siempre en el contexto de la transferencia-contratransferencia. Todos los fenómenos que se presentan en la situación psicoanalítica deben comprenderse dentro del marco de referencia de las vicisitudes de la relación paciente-analista. Como se ha visto (ver p. 268), algunos autores sostienen la necesidad de la complementación genética, se expli-

te o no el rol transferencial, lo que corresponde a lo que Freud llama construcciones^{37 38}, en tanto que otros opinan que si la interpretación transferencial en el aquí y ahora es exacta, el paciente mismo se hará cargo de la escogencia de las teorías genéticas de su propia vida. En últimas, el psicoanálisis es siempre un proceso de aprendizaje y de corrección de modelos distorsionados que se estructuraron entre el paciente y su mundo y que se intentan modificar en el campo bipersonal. Vale la pena repetir que los cambios terapéuticos, jamás totalmente exitosos (en tanto nadie puede escapar de su propio pasado ni liberarse de su propia arquitectura corporal) se miden, en psicoanálisis, en el contexto del *campo*.

e. La interpretación debe hacerse en un lenguaje simple, desprovisto de tecnicismos y en la medida de lo posible utilizar las mismas palabras del paciente, vale decir, usar el mismo lenguaje descriptivo, pero concebido en un nivel metapsicológico diferente.

f. El estudio de la interpretación que no se hace, por supuesto, en el transcurso de las sesiones, sino en los intervalos de éstas, muestra que para que ésta sea válida debe corresponder a por lo menos tres puntos de vista metapsicológicos. Esto suena menos intimidante si se lo contempla a través de un ejemplo: el paciente dice que no se le ocurre nada, en un momento dado de la sesión. El analista lo invita a reexaminar lo que ha dicho y le señala que es difícil tener la mente en blanco y que la dificultad parece residir más bien en comunicarle algo que cruza por ella. Esta observación, aparentemente simple, cubre varios criterios metapsicológicos: para el paciente no es consciente que algunas ocurrencias atraviesan su mente (criterio topográfico); hay fuerzas que se oponen a su comunicación (criterio dinámico); hasta el momento de la interpretación del analista las fuerzas represoras son más intensas que los impulsos a contar sus asociaciones (criterio económico); el problema se suscita en la transferencia (interlocutor-objeto); y finalmente se le ha mostrado al paciente algo que enriquece en muy pequeña medida las posibilidades de su yo en un momento dado (criterio estructural).

g. En general, en la teoría y técnica psicoanalíticas, íntimamente ligadas, se ha considerado que uno de los elementos más impor-

tantes de la tarea se estructura sobre la base de la frustración, en vista de que ésta implica espera, aplazamiento y posibilidad de crear pensamientos y de complementar el principio del *displacer-placer* con el de realidad. Sin embargo, y como lo señala Winnicott³⁹, (ver p. 128) los "momentos de ilusión" y las gratificaciones son tan importantes para el desarrollo del yo como la frustración. En este sentido, es importante, particularmente a la luz de la tercera teoría instintiva (en la medida en que no se *concibe eros o tánnatos* sino en conjunción), interpretar los puntos sanos y positivos del paciente y señalarle no solamente sus defensas fallidas sino también sus adaptaciones exitosas y los esfuerzos que hace para mejorarse y mejorar su entorno.

El conocimiento generalmente implica dolor, por cuanto el hacer consciente lo inconsciente entraña una herida narcisística que requiere una reorganización. En términos kleinianos, es menester vencer la negación y hacer un duelo. La posición depresiva, empero, no es igual a la melancolía; supone una mayor capacidad para sentir tanto la tristeza como el goce auténticos⁴⁰. El conocimiento puede producir también alegría, verdadera fruición, más si se toma en cuenta que existe un real instinto epistemo-fílico.

h. La simbolización constituye, por una parte, la base de la construcción del pensamiento, en tanto que corresponde, por otra, a un lenguaje defensivo en el que se escuda la problemática neurótica y psicótica (ver p. 152). Tomada en cualquiera de los dos sentidos, el psicoanalista debe conocer el significado de estos símbolos a manera de un primer abordaje al lenguaje de su paciente, que abre las compuertas para el segundo lenguaje que es el verdaderamente funcional y que corresponde a los diferentes momentos de la relación transferencial-contratransferencial. La simple utilización de claves simbólicas no es, de manera alguna, suficiente para abocar la fenomenología de lo que sucede entre el paciente y su analista. Paciente y analista construyen, en el transcurso del proceso, un lenguaje simbólico peculiar que permite la comprensión fina de las situaciones del paciente y de las respuestas del terapeuta.

En una sesión de lunes, un paciente relata un sueño en el que se ve en un penoso ascenso por unas escaleras. En términos de claves simbólicas, esta situación tiene que ver con sus dificultades

sexuales y con la impotencia que lo aqueja. En el marco de referencia de la relación transferencial-contratransferencial, esta simbolización adquiere más riqueza y deviene más directa si, ubicada en su contexto, el analista comprende que el paciente hace una referencia inmediata a las ansiedades de reencuentro y con el reemprender el duro trabajo de la semana analítica, lo cual refleja los escollos que vive y que lo hacen sentir impotente. La interpretación de su sensación de impotencia en el aquí y ahora lo lleva a traer una asociación concerniente a un malestar físico experimentado cuando vio, durante la pausa analítica, una pareja en un cine. El analista, sobre la base de la descripción que del hombre de la pareja hace el paciente, interpreta que se sintió excluido por el fin de semana y que fantaseó a su terapeuta en una especie de cópula cinematográfica continua, de la cual el analizando se siente un observador pasivo. De allí el elemento visual, importante a lo largo del relato. El paciente responde con una fantasía infantil en la que vivía como agresiva hacia él, la imagen de los padres unidos y vivenciaba consecuentemente su sensación de fuerza vital y de la pujanza de sus instintos como una manifestación agresiva, destinada a destruir la pareja. Analista y paciente encuentran, entonces, una de las raíces de su temor a sentirse potente, a ascender escaleras en la sesión, en sus relaciones amorosas y en su vida.

i. Los sueños se consideran aún, tal y como lo decía Freud⁴¹, (ver p. 115) la "vía regia" de acceso al inconsciente; sin embargo, en la técnica es más bien raro que se dediquen hoy en día sesiones enteras a interpretar un sueño, a no ser que el analista tenga en el tema algún interés especial. Se los considera una asociación más en el curso de una sesión, pero constituyen el contenido más cercano al inconsciente y proporcionan, por lo tanto, el núcleo básico de la interpretación. Por otra parte, toda la sesión se trata como un sueño; es decir, todos los contenidos del paciente se manejan como contenidos manifiestos, detrás de los cuales hay contenidos latentes, y se aplican, por consiguiente, para su comprensión interpretativa, reglas similares a las de la elaboración onírica o trabajo del sueño.

Grinberg⁴² propone una clasificación clínica de los sueños, de acuerdo con las diferentes etapas del proceso terapéutico y de la forma siguiente:

— *Evacuativos*. Buscan sobre todo la descarga en un objeto interno o externo, que se convierta en lo que Bion denomina "continente".

— *Mixtos*. No sólo buscan un "continente", sino que ya poseen elementos de autocritica y se esboza una reparación.

— *Elaborativos*. Contienen francos elementos de integración, reestructuración y reparación.

Cuando el paciente, cerca del inicio del psicoanálisis, trae sueños, el hecho significativo, independientemente del contenido de éstos, es el índice de que se levanta la barrera de la represión y que el paciente puede, por lo tanto, recordar sus contenidos oníricos.

j. La clínica básica en psicoanálisis es la respuesta o, más exactamente, el conjunto de respuestas a la interpretación o conjunto de interpretaciones. La validación de la interpretación se busca a través de sus efectos. El "sí" del paciente es relativo, puesto que puede corresponder a una aceptación real de la interpretación, puede indicar sometimiento por parte del paciente o corresponder a una pseudoaceptación por indiferencia, por ejemplo, en el caso del paciente esquizoide, que parece aceptar las interpretaciones de la misma forma que cuando niño no se rebelaba frente a los requerimientos maternos, con el objetivo de preservar la parte grandiosa y autista del sí mismo, por fuera del alcance de cualquier intruso.

El "no" del analizando también es relativo, dado que puede querer decir, en primer término, que el paciente no está de acuerdo y que el analista se ha equivocado, pero si la respuesta negativa (ver p. 155) es demasiado vehemente, da pie para pensar que se ha tocado algún punto álgido para el paciente.

Entre los criterios de validación se considera: que el paciente responda con sueños, recuerdos infantiles, respuestas psicósomáticas, respuestas afectivas de risa o tristeza, momentos de despersonalización, etc. Se pueden sintetizar estos elementos bajo el hecho común de que la interpretación exitosa abre nuevos caminos asociativos.

Lieberman⁴³, basado en estudios de teoría de comunicación y en la clínica, afirma que si la transferencia inconsciente global del proceso es predominantemente positiva, el paciente tenderá a ratificar inconscientemente los mensajes correctos del analista y a

corregir los falsos, en tanto que si es predominantemente negativa, tenderá a anular los mensajes correctos y a ratificar los falsos.

k. En la medida de lo posible, la interpretación debe ser específica. A través de los cientos de palabras y contenidos que el paciente trae en el curso de una sesión, se busca el punto de emergencia para intentar mostrar al analizando las ansiedades concretas que constituyen los motivos para las defensas transferenciales. Esto, a su vez, se relaciona con el concepto de *timing*, de oportunidad: el instante aproximado en el que se debe hacer una interpretación y en el cual el analista ha comprendido lo que sucede a través de su propio instrumento contratransferencial; los contenidos están cercanos a la conciencia y el paciente, o bien se encuentra en un estado especial de no resistencia, o el analista ha encontrado la forma de instrumentar la interpretación para disminuir las ansiedades excesivamente persecutorias.

l. Clásicamente, se consideraba el *acting*, es decir, el cortocircuito entre el impulso inconsciente y su manifestación en el afuera, tan sólo en términos negativos. Se sabe ahora que, para muchos pacientes y ciertamente en momentos específicos de cualquier psicoanálisis, el *acting* es la única manera que tiene el paciente de mostrar lo que le sucede, a escala de lo que puede. Esta mayor tolerancia no implica una estimulación; el *acting* puede corresponder a una necesidad del paciente, invadido por sus propios contenidos, pero no favorece el cambio positivo de su yo. El psicoanalista debe evitar, hasta donde sea posible, los *contraactings*, reflejo de contraidentificaciones proyectivas, que pueden manifestarse en los acuerdos⁴⁴, en la aceptación de temas tabú, y en contenidos que no se interpretan y que retornan o se manifiestan a través de actuaciones.

m. Los diferentes acentos en la concepción teórica de la fantasía (ver p. 169) llevan a diferentes matices, no excluyentes entre sí, en la forma de manejar e interpretar la fantasía en la situación psicoanalítica, de acuerdo a que se la considere predominantemente defensiva o se ponga el énfasis en sus aspectos de desarrollo y de integración. En ninguna de las dos modalidades se trata de destruir la fantasía del paciente sino de integrar más bien, por cauces confluyentes y no divorciados, el flujo del mundo interno y

el mundo externo. Un paciente violinista muestra una intensa inhibición para el estudio de su instrumento. Además de cualquier interpretación de contenido relacionado con la masturbación, por ejemplo, que sería, en este caso muy secundaria y hasta cierto punto estereotipada, el analista colige de las asociaciones del paciente, que en su fantasía quiere transformarse en un violinista muy famoso, concretamente David Oistrach, y que el tocar el instrumento y el ejercitarse, implican para él, la renuncia a convertirse en Oistrach. Este señalamiento corresponde a la concepción más clásica de la fantasía como defensa: no practica para no renunciar a convertirse en el famoso maestro. Ahora bien, el analista puede interpretar la fantasía, en términos de aceptación e integración, si muestra al paciente que el acto de practicar no implica una renuncia a la fantasía de ser Oistrach. Por el contrario, lo acerca, en la medida en que, cada vez que se ejercita, recorre un pequeño trecho en el largo camino que lo conduce a identificarse con el objeto que para él constituye el máximo de sus aspiraciones profesionales.

n. El psicoanalista tiene que tener muy claro su sistema de valores para no tratar de imbuirlos al paciente, que tiene derecho a encontrar los suyos propios. La identificación no se refiere a asemejarse al analista sino a la introyección de una función de análisis que aumenta la capacidad reflexiva del yo y que, antes que cualquier otra consideración, debe ser auténtica. La adaptación del paciente se concibe como una reagrupación y un equilibrio nuevo de sus estructuras, ello, yo y superyó y de las relaciones de éstas entre sí y con la realidad exterior. La filosofía de trabajo tiene que basarse en el muy cuidadoso respeto frente a las verdades que el paciente descubre sobre sí mismo.

o. Se trabaja en conjunto la interpretación y la elaboración, puesto que cada una existe en relación y al servicio de la otra. La interpretación, función del analista, abre el camino para la elaboración, que debe hacer sobre todo el paciente y ésta, a su vez, allana el sendero para nuevas interpretaciones. El señalamiento topográfico de un hecho psíquico que el paciente acepta no basta, puesto que las defensas inconscientes del yo se encargan de impedir que se manifiesten en la esfera de los cambios reales; de allí la necesidad de la elaboración, proceso continuo de integración y vencimiento

de defensas. Al paciente es menester mostrarle, una y otra vez, en diferentes contextos, la forma como actúa, lo que teme, lo que desea, siempre a través de la transferencia-contratransferencia, hasta que el proceso de introspección integre el conocimiento intelectual y la vivencia emocional en un conjunto de cambios estables.

Metas e indicaciones

En lo que concierne a las metas terapéuticas del psicoanálisis, se postulan en términos de hacer consciente lo inconsciente, ampliar el territorio del yo o conseguir la distinción entre yo y objeto. Estos planteamientos condensados como son, implican fortalecimiento de la complementación del principio del *displacer-placer* con el de realidad, aumento de la genitalidad y de la capacidad de sublimación, disminución de la represión con la consiguiente liberación de energías que se destinan a trabajar, crear o amar. La distinción entre yo y objeto supone la aceptación de los demás seres humanos dotados de una vida propia e independiente del sí mismo, lo cual, a su vez, implica el cuidado depresivo por el objeto. No necesariamente se busca aplastar el narcisismo; más bien se intenta reemplazar el narcisismo ciegamente egoísta por un enriquecimiento de las estructuras narcisísticas del yo, ligado a las fuentes básicas de la autoestima, y en el cual el dar a los objetos constituye en sí mismo una situación de goce sopesado, así implique un cierto grado de renuncia.

Las fórmulas anteriormente expuestas se reflejan también en aumento de la tolerancia a las frustraciones de la vida; aceptación de las propias limitaciones, pero también desarrollo de las potencialidades; enriquecimiento de la capacidad de fantasía; disminución de la rebeldía incontrolada y también el conformismo exagerado; ampliación del horizonte vital global.

El tratamiento psicoanalítico no constituye, ni mucho menos, una panacea. Permite, sin embargo, cuando corresponde a una labor seria y sostenida, el enfrentar la problemática vital con una mayor eficacia creativa que lleva consigo elementos relacionados con los aspectos estéticos de la creación, de pensamientos y de la dinámica plástica de la relación con otros seres humanos.

Clásicamente se consideraba que el paciente ideal para psicoanálisis es un adulto joven afectado de una neurosis de transferencia y con ciertas calidades básicas de inteligencia, introspección mínima y elasti-

cidad del yo, favorecedores del tratamiento. Por supuesto, el paciente ideal difícilmente existe y, por otra parte, el campo de acción psicoanalítico, en la medida en que se profundiza en su teoría y técnica, se amplía para extender el rango de acción a las diferentes técnicas del psicoanálisis de niños, a las crisis vitales, al trabajo con personalidades narcisísticas y fronterizas; a las adaptaciones a las enfermedades crónicas y al trabajo con esquizofrénicos, sea en el contexto del modelo básico o con cambios esenciales de éste, que desembocan en las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas.

El psicoanálisis es un tratamiento largo, ambicioso, difícil y costoso; de allí el desarrollo de terapias más breves, dirigidas a entidades patológicas, situaciones y pacientes específicos, y a las modalidades de psicoanálisis de grupo.

El psicoanálisis, empero, es simultáneamente terapia e investigación y los resultados obtenidos continúan nutriendo las aplicaciones clínicas modificadas, el terreno de lo psicosomático y las vicisitudes y fenómenos de la vida humana, en situaciones extremas y en la creatividad artística⁴⁵.

NOTAS

1. H. Ey, *Tratado de psiquiatría*.
2. L. Hill, *Psicoterapia en la esquizofrenia*.
3. H. Ey, *Tratado de psiquiatría*.
4. E. Rodrigué, *El contexto del proceso psicoanalítico*.
5. D. Liberman, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*.
6. K. Menninger, *Teoría de la técnica psicoanalítica*.
7. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*.
8. S. Freud, "La iniciación del tratamiento".
9. S. Brainsky, "Consideraciones sobre algunas modalidades del tratamiento psicoanalítico en la esquizofrenia".
10. Fromm-F. Reichmann, *Psychoanalysis and Schizophrenia*.
11. S. Freud, "La iniciación del tratamiento".
12. L. Yamin, "Los acuerdos en psicoanálisis".
13. S. Freud, "La iniciación del tratamiento".
14. S. Freud, "Inhibición, síntoma y angustia".
15. S. Brainsky, "El conocimiento en el proceso psicoanalítico, el papel de la conciencia y un aspecto de la contratransferencia negativa".

16. S. Freud, "La iniciación del tratamiento".
17. D. Lagache, *El psicoanálisis*.
18. S. Freud, "Observaciones sobre el amor de transferencia".
19. G. Arcila, "Uso y abuso de la interpretación extratransferencial".
20. D. Grinberg, "Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva".
21. H. Racker, "Estudios sobre técnica psicoanalítica".
22. S. Freud, "Observaciones sobre el amor de transferencia".
23. M. Klein, *Amor, odio y reparación*.
24. M. Klein, "Algunas consideraciones teóricas sobre la vida emocional del lactante".
25. C. Plata, "Algunos aspectos de la interpretación".
26. D. Liberman, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*.
27. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*.
28. G. Arcila, "Uso y abuso de la interpretación extratransferencial".
29. J. Strachey, "La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis".
30. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*.
31. S. Freud, "La histeria".
32. F. Alexander, *Psychosomatic Medicine*.
33. J. Rosen, *El análisis directo*.
34. D. Rimm, *Terapia de la conducta*.
35. C. Rogers, "Client Centered Therapy".
36. O. Fenichel, *Problems of Psychoanalytic Technique*.
37. R. Loewenstein, "La interpretación genética".
38. S. Freud, "Construcciones en psicoanálisis".
39. D. W. Winnicott, *Playing and Reality*.
40. S. Brainsky, "Algunas consideraciones sobre la psicoterapia de la depresión".
41. S. Freud, *La interpretación de los sueños*.
42. L. Grenberg, "Aspectos regresivos de los mecanismos obsesivos. El control omnipotente y el control adaptativo".
43. D. Liberman, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*.
44. L. Yamin, "Los acuerdos en psicoanálisis".
45. G. Sánchez, "Algunas notas con respecto al duelo y a la creatividad".

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

THE JOURNAL OF THE

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A., *El adolescente normal en la adolescencia normal*, Buenos Aires: Paidós, 1977.
- Abraham, K., *Un breve estudio en la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*, Buenos Aires: Hormé, 1959.
- Alexander, K., *Psychosomatic Medicine*, Nueva York: W. Norton, 1950.
- Alvarez, B., *La identificación proyectiva*, Bibliot. Soc. Col. de Psicoanal., 1981.
- Arango, C., *Psicología dinámica*, Bogotá: Lerner, 1964.
- Arcila, G., "Uso y abuso de la interpretación extratransferencial", en *Revista Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 2, No. 1, 1977, pp. 97-106.
- Arieti, S., *A Handbook of American Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, 1966.
- , *An Interpretation of Schizophrenia*, Nueva York: Robert Brunner, 1955.
- Ballesteros, G., "El ojo de la madre como precursor", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 2, No. 1, 1977, pp. 27-52.
- Barranger, W., *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*, Buenos Aires: Kargieman, 1976.
- Beard, Ch., "Etudes sur l'Hystérie", en Pichot, P., *Confrontations Psychiatriques*, París: Specia, pp. 9-29, 1968.
- Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- , *Brazilian Lectures* (manuscrito).
- , *Seminario de psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1978.
- Biswanger, L., "Existential Analysis and Psychotherapy" en *Psychoanalysis and Existential Philosophy*, Nueva York: Dutton, 1962.
- Bleuler, E., *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*, Nueva York: International University Press, 1958.
- Bleger, J., "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico" en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 24, pp. 241-258.
- Blos, B., *On Adolescence*, Nueva York: The Free Press, 1962.
- Brainsky, S., "Algunas consideraciones sobre el conocimiento en el proceso psicoanalítico. El papel de la conciencia y un aspecto de la

- contratransferencia negativa", en *Revista Sociedad Colombiana Psicoanálisis*, vol. 5, pp. 27-37.
- , "Algunas consideraciones sobre la psicoterapia de la depresión", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- , "Algunas consideraciones sobre la reacción adaptativa de la adolescencia" en *Serie material informativo sobre salud mental*, Ministerio de Salud, pp. 152-157, 1981.
- , "Algunas consideraciones sobre psicoanálisis y esquizofrenia", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 2, pp. 63-78, 1977.
- , "Aspectos médico-psicológicos de la personalidad y manejo de pacientes con cáncer de seno (VI)", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XI, No. 4, p. 424, 1982.
- , "Consideraciones sobre algunas modalidades de tratamiento psicoanalítico en la esquizofrenia", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 3, No. 2, pp. 139-164, 1978.
- , "Estudio médico-psicológico de un patrón vital asociado a la aparición e instalación de cáncer de seno (V)", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. IX, No. 4, pp. 438-459, 1980.
- , "Estudio sobre la estructura psicológica de pacientes afectadas de cáncer de seno (II)", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 3, No. 3, pp. 272-308, 1974.
- , "Sobre el papel del psiquiatra en los programas de educación sexual", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 3, No. 5, 1974.
- Brenner, Ch., *Elementos fundamentales de psicoanálisis*, Buenos Aires: Libros Básicos, 1968.

Cobos, F., *Psiquiatría infantil*, Bogotá: ICBF-Fondo de Ediciones, 1966.

Cooper, D., *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Madrid: Ayuso, 1975.

De Zubiria, R., *Los orígenes del complejo de Edipo. De la mitología griega a la mitología chibcha*, Bogotá: Tercer Mundo, 1968.

Deutch, H., "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*.

Devis, F., *Mitos del río Magdalena*, 1982.

Durant, W., *The Story of Philosophy*, Nueva York: Square Press, 1961.

Eidemberg, L., *Encyclopedia of Psychoanalysis*, Nueva York: The Free Press, 1968.

- Erikson, E., *Childhood and Society*, Nueva York: W. Norton, 1960.
- , *Ética y psicoanálisis*, Buenos Aires: Hormé, 1967.
- Ey, H., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona: Toro y Masson, 1965.
- Fairbairn, citado por Guntrip, H., en *Estructura de la personalidad e intención humana*.
- Fenichel, O., *Problems of Psychoanalytic Technique*, Nueva York: The Psychoanalytic Quarterly, 1941.
- , *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Nueva York: W. Norton, 1945.
- Ferenczi, S., *Sex in Psychoanalysis*, Nueva York: Dover Publications Inc., 1956.
- , *Stages in the Development of the Sense of Reality*, Nueva York: Dover Publications Inc., 1956.
- , *The Development of Psychoanalysis*, Nueva York: Dover Publications Inc., 1956.
- Fink, P. J., "Correlation Between Actual Neurosis and the Work of Masters and Johnson" en *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 29, pp. 1, 38, 1970.
- Fisher, C., "Psychoanalytic Implications of Recent Research on Sleep and Dreaming", en *J. Amer. Psychoanalysis Assn.*, 13: 197-271.
- Freud, A., *The Ego and Mechanisms of Defense*, Nueva York: International University Press, 1970.
- Freud, S., "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica" en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Análisis terminable e interminable", en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Compendio del psicoanálisis" en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Construcciones en psicoanálisis", en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Contribuciones a una discusión sobre la masturbación", en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "Dostoievski y el parricidio", en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , "El análisis fragmentario de una histeria", en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.

- , “El fetichismo”, en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “El malestar en la cultura”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “El porvenir de una ilusión”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “El problema económico del masoquismo”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “El yo y el ello” en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Esquema del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Introducción al narcisismo”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Introducción al psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La aflicción y melancolía”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La disposición a la neurosis obsesiva”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La escisión del yo en los procesos de defensa”, en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La histeria”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La iniciación del tratamiento”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La interpretación de los sueños”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La negación”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La neurastenia y la neurosis de angustia”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La represión”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.

- , “Las neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Las neurosis de defensa” (manuscrito K), en *Obras Completas*, vol. 3, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Lo inconsciente”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Lo siniestro”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Los dos principios del suceder psíquico”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Los instintos y sus destinos”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Más allá del principio del placer”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Neurosis y psicosis”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Nuevas aportaciones al psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia Paranoides*)”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Observaciones sobre el amor de transferencia”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Psicopatología de la vida cotidiana”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Sobre algunos mecanismos en los celos, la paranoia y la homosexualidad”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Sobre la dinámica de la transferencia”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Sobre la génesis de la neurosis obsesiva”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Tótem y tabú”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Una teoría sexual”, en *Obras Completas*, vol. 1, Madrid: Biblioteca Nueva.
- , “Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica”, en *Obras Completas*, vol. 2, Madrid: Biblioteca Nueva.

Fromm-Reichmann, F., *Psychotherapy in Schizophrenia*, Chicago: University of Chicago Press, 1959.

Garma, A., *El psicoanálisis de los sueños*, Buenos Aires: Paidós, 1963.

Gómez, E., "Sobre el instinto de muerte y la agresión", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 3, Nº 2, pp. 165-214, 1978.

Green, A., "The Analyst Symbolization and Absence in the Analytic Setting" en *Int. J. Psychoanal.*, vol. 3, Londres, 1975.

Greenson, R., *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Nueva York: International University Press Inc., 1976.

Grinberg, L., "Aspectos regresivos de los mecanismos obsesivos. El control omnipotente y el control adaptativo", en *Revista de Psicoanálisis*, vol. 24, Nº 3, p. 477, Buenos Aires, 1967.

—, "Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva", en *Revista de Psicoanálisis*, 14, pp. 23-30, Buenos Aires.

Grinberg, L. y cols., "Función del soñar y clasificación clínica de los sueños en el proceso analítico", en *Revista de Psicoanálisis*, 24, pp. 749-789.

Groddeck, G., *El libro del ello*, Buenos Aires: Suramericana, 1978.

Guntrip, H., *Estructura de la personalidad e interacción humana*, Buenos Aires: Paidós, 1971.

Hartmann, H., *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México: Pax, 1961.

Heimann, P., "A Contribution to the Problem of Sublimation and its Relations to Processes of Internalization", en *Int. J. Psychoanal.*, 23, pp. 8-16.

Hill, L., *Psicoterapia en la esquizofrenia*, Buenos Aires: Paidós, 1956.

Ireland, P. y cols. "The Munchausen Syndrome", en *The American J. of Medicine*, vol 43, Nº 4, pp. 579-583, Nueva York, 1979.

Jacques, E., "Death and the Mid-life Crisis", en *Int. J. Psychoanal.*, 46, pp. 502-514.

Jones, E., "Los instintos en la vida de Freud".

—, "Psychoanalysis and the Instincts", en *Papers on Psychoanalysis*, Boston: Bracon Press, 1961.

—, *Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires: Nova, 1960.

- Jung, C. G., *Teoría del Psicoanálisis*, Barcelona: Plaza & Janés, 1970.
- Kanner, L., *Psiquiatría Infantil*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Kernberg, O., "Bordeline Personality Organization", en *J. of the Am. Psychoanal. Ass.*, vol. 15, pp. 641-685, 1967.
- Klein, M., "Algunas notas sobre mecanismos tempranos en la niñez".
—, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", en *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, vol. 3, 1974.
- , *Amor, odio y reparación*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1968.
- , "El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos", en *Contribuciones al psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, vol. 2, 1975.
- , "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo", en *Contribuciones al psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, vol. 2, 1975.
- , "Nota sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, vol. 3, 1974.
- , "Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa".
- , "Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos", en *Contribuciones al psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, vol. 2, 1975.
- Knobel, M., "El síndrome de la adolescencia normal", en *Adolescencia normal*, Buenos Aires: Paidós, 1977.
- Koestler, A., *The Heel of Achilles*, London: Pan Books, 1976.
- Kohut, H., *the Analysis of the Self*, Nueva York: International University Press, Part III: 12, p. 296, 1971.
- Kolb L. C. y Noyes, *Psiquiatría clínica moderna*, Textos de Medicina OPS/OMS, 1975.
- Kramer, H. y Sprenger, L., *Malleus Malleficarum*, Londres: The Hogarth Press, 1969.
- Kriss, E., *Psychoanalytic Explorations in Art*, Nueva York: International University Press, 1952.
- Lagache, D., *El psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Laing, R., *The Politics of Experience*, Londres: Penguin Books, 1967.
- Lander, R., *Melanie klein: reflexiones sobre su vida y obra*, Caracas: Ateneo, 1979.
- Langer, M., "Aporte kleiniano a la evolución instintiva", en Sterba, *Teoría psicoanalítica de la libido*, Buenos Aires: Paidós-Hormé, 1966.

- Lewin, B., *Knowledge and Dreams*, Psychoanal. Q., 33, pp. 148-151.
- Liberman, D., *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires: Galerna, 1972.
- Loewenstein, R., "La interpretación genética".
- , "Some Thoughts on Interpretation in the Theory and Practice of Psychoanalysis" en *Psychoanal. Study Child*, 12, pp. 127-150.
- Lorenz, K., *On Aggression*, Londres: Methuen, 1967.
- Mahler, M., "On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses", en *Psychoanal. Study Child*, 7, pp. 286-305.
- Malinowsky, B., *La vida sexual de los salvajes del Noreste de la Melanesia*, Madrid: Ediciones Morata, 1971.
- Marcuse, H., *Eros y civilización*, México, D.F.: Joaquín Mortiz, 1965.
- McLaughlin, H., *The Neurosis in Clinical Practice*, Filadelfia-Londres: W. B. Saunders Co., cap. 3, 1956.
- Meltzer, D., "Kleinian Expansion of Freud's Metapsychology", en *Int. J. Psychoanal.*, 62, pp. 177-185.
- , "The Relation of Anal Masturbation Projective Identification", en *Int. J. Psychoanal.*, 47 pp. 335-342.
- Menninger, K., *Teoría de la técnica psicoanalítica*, México: Pax, 1960.
- Milner, M., "El papel de la ilusión en la formación de símbolos", en *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Noy, P., "Metapsychology as a Multimodel System", en *Int. J. Psychoanal.*, 41, pp. 1-12.
- , "Teoría psicoanalítica del proceso primario", *Bibliot. Soc. Col. de Psicoanal.*, 1981.
- Pacheco, M., "Narcisismo sesenta y un años después", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, vol. 3, Nº 9, pp. 7-31, 1978.
- Pichot, P., *Etudes sur l'Hystérie*.
- Plata, C., "Algunos aspectos de la interpretación. Conceptos metapsicológicos" en *Revista Sociedad Colombiana de Psicoanal.*, 2, pp. 31-47.
- , "Aspectos metapsicológicos de la angustia y su relación en la técnica psicoanalítica", en *Congreso Nacional de Psiquiatría*, Barranquilla, 1965.
- , "La interpretación en la situación analítica", *Bibliot. Soc. Col. de Psicoanal.*, 1983.

- Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Rangell y Stone, "Del *Insight* al cambio", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, 6, pp. 111-136.
- Rank, O., *El trauma del nacimiento*, Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Rascovsky, A., y cols., *El psiquismo fetal*, Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Redlich, F. y Freedman, D., *The Theory and Practice of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, 1966.
- Reich, W., *Análisis del carácter*, Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Rimm, D. y Masters, J., *Terapia de la conducta*, México: Trillas, 1980.
- Riviere, J., "Sobre la génesis del conflicto de la primera infancia".
- Rodrigué, E., *El contexto del proceso psicoanalítico*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Rogers, C., "Client Centered Therapy", en *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Nueva Jersey: Spectrum Book-Robert Harper, 1959.
- Rolla, E. H., "Vida y obra de Heinz Hartmann", en *Revista de Psicoanálisis*, 25, pp. 467-484.
- Rosen, J., *Direct Psychoanalysis*, Nueva York: Gruney Stratton, 1968.
- Rosenfeld, H., *Psychotic States International Universities*, Nueva York Press, 1965.
- Rosso, F., "Comentario sobre el trabajo de Pinchas-Noy, *Teoría psicoanalítica del proceso primario*", en *Revista Soc. Col. de Psicoanal.*, vol. 8, Nº 1, pp. 129-136, 1983.
- Sánchez, G., "Algunas notas con respecto al duelo y a la creatividad", en *Revista Col. de Psicoanal.*, 8, pp. 27-54.
- Sartre, J. P., *El ser y la nada*, Buenos Aires: Losada, 1981.
- Segal, H., *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Buenos Aires: Paidós, 1969.
- Shapiro, M., *Van Gogh. An Abrams Art Books*, Nueva York, 1952.
- Shirer, W., *The Rise and Fall of the Third Reich*, Nueva York: Fawcett, 1962.
- Sontag, S., *Illness as Metaphor*, Nueva York: Vintage Books, 1979.
- Spitz, R., *El primer año de vida del niño*, México: Fondo de Cultura, 1969.
- Sterba, R., *Teoría psicoanalítica de la libido*, Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Strachey, J., "Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis", en *Revista de Psicoanálisis*, 5, pp. 951-983.

Sullivan, H., *La teoría interpersonal de la psiquiatría*, Buenos Aires: Psique, 1964.

Szaz, T., *The Myth of Mental Illness*, Nueva York: Harper & Row Publishers, 1974.

Tallaferro, A., *Curso básico de psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1972.

Tausk, V., "Sobre los orígenes del aparato de influencia en la esquizofrenia", en *Revista de Psicoanálisis*, pp. 490-524, 1964.

Van der Leeuw, J. P. "Sobre el desarrollo del concepto de defensa", en *Cuaderno de Psicoanálisis*, Nos. 2, 3, 4, pp. 1-14.

Villarreal, I., "Introducción al narcisismo. Algunos conceptos de Kohut", en *Bibliot. Soc. Col. de Psicoanal.*, 1976.

Winnicott, D. W., *Ego Distorsion in Terms of True and False Self: The Maturational Processes on the Facilitating Environment*, Londres: Hogarth Press, 1965.

—, *Playing and Reality*, Penguin Books, 1971.

Yamín, L., "Los acuerdos en psicoanálisis", en *Revista Colombiana de Psicoanálisis*, 3, pp. 51-57.

ÍNDICE TEMÁTICO

A

Acting 238, 259, 277
Acuerdos 262, 277
Adolescencia 236, 237, 246
Aislamiento 151
Alegoría existencial 156
Alianza de trabajo 216, 217
Alianza terapéutica 216
Aloplásticos 136
Alucinación 91, 142
Ambivalencia 50, 90, 225, 259
Amentia alucinatoria 155
Anaclítico 199
Angustia 28, 65-66, 109-112
 de castración 204
 existencial 28
 neurótica 28
 objetiva 29
 señal 110
 subjetiva 29, 112
Ansiedades 28
 confusionales 225
 depresivas 225
 objetiva 29
 persecutorias 222
 subjetiva 29
Aplazamiento 127
Áreas libres de conflicto 125, 216
Ascetismo 237
Asimilación 165
Asociación libre 261, 262
Atemporalidad 49

Atención flotante 266

Autismo 89

 infantil precoz 189

Autoerotismo 94, 194

Autonomía 216

 primaria 217

 secundaria 217

Autoplásticos 136

B

Bloqueo en la asociación
 libre 263

C

Campo 263, 265

Carácter

 fóbico 81

 genital 208

Catarsis 269

Catexia 42

 de las funciones del yo 195

 del *self* 195

Celos 221-228

Ciclotimia 95

Clarificación 270

Compensación 145

Complacencia somática 150

Complejos 41

Compulsión a la repetición 106

Condensación 51, 118, 158

Confusión 129

Consciente 47
 Contenido
 latente 118
 manifiesto 118
 Continente 258
 Contraidentificación proyectiva 267
 Contrato 259
 Contratransferencia 266, 267
 Conversión 149
 Crisis de la mitad de la vida 178, 249
 Criterio creativo estético 31
 Criterio estadístico 30
 Criterio normativo 30
 Culpa 96, 225, 227
 depresiva 225
 inconsciente 96, 264

D

Defensa
 histórica 75, 139
 maniaca 156, 227
 neurótica 139
 obsesiva 140
 mecanismos de 135, 237
 Defusión 103
 Depresión 93, 157, 159
 Deseo reprimido 117
 Despersonalización 69
 Desplazamiento 51, 118, 152
 Disavowal 157
 (ver regeneración)
 Disociación 151
 histórica 151
 ideo-afectiva 151
 madona-prostituta 165, 212
 Duda 80, 243
 Duelo 96, 156, 238

E

Ecuación simbólica 129
 Edipo 147, 203, 210
 genital 208
 positivo simple 204
 temprano 231
 Ego 123
 Elaboración 118, 158, 271
 onírica 118
 Ello 57, 58
 Encuadre analítico 258
 Energía psíquica 42
 Envidia 221, 228
 del pene 205
 Eros (ver libido) 42, 102
 Escena primaria 204
 Escisión 151, 223
 Esquizofrenia 88, 119
 Etapa
 anal 190
 anobjetal 163
 oral 181
 oral-canibalística 188
 sádico-oral 188
 Evitación 152
 Exhibicionismo 211

F

Fantasía 169
 inconsciente 58, 224
 Fijación 166
 Formación reactiva 142, 146
 Función
 alta 121
 de selectividad 185
 seno 181
 sintética 124
 Fusión 102-103

G

Ganancia

- primaria 78
- secundaria 77
- terciaria 78

Genitalidad 208, 228, 247

H

Hipocondría 69

Histeria 74

- de angustia 80
- (ver neurosis fóbica)

Holding 184, 259

Hospitalismo 185

I

Ideal del yo 122

Idealización 164, 224

Ideas delirantes 91, 144

Identificación 156

- con el agresor 160
- histérica 159
- introyectiva 163, 227
- melancólica 159
- parcial 159
- primaria 162
- proyectiva 143, 222

Inconsciente 48

- colectivo 130

Incorporación 161

Inhibición 81

Instinto(s) 58-59

- de muerte 102, 105
- de vida 102
- primera teoría 63
- segunda teoría 85
- sexuales parciales 179
- tercera teoría 99

Intelectualización 203

Interés 42

Internalización 161

Interpretación 27.1

Introyección 161

J

Juicio de realidad 129

L

La cosa 58, 93

Latencia 233, 235

Libido 42, 63, 85, 102

M

Madre suficientemente buena 167

Magia del niño 128, 129

Maniqueísmo delirante 224

Manipulación 270

Masoquismo

- erógeno 107
- femenino 107
- moral 108
- primario 107

Matriz biológica indiferenciada
124, 215

Mecanismos de defensa 135
(ver defensa)

Melancolía 96-97

Metapsicología 39

Momento de ilusión 128

Moral esfinteriana 192

Mujer fálica 210

N

Narcisismo 86, 194, 197

- primario 194, 197

Negación 155

Neologismo 91

Neurastenia 68

Neurosis actuales 66

de angustia 66

de defensa 73

de fracaso 101

de transferencia 88

fóbica 80

narcisística 88, 160

obsesiva 78

traumática 101

Neutralización 149, 216, 218

Normalidad 30

O

Objeto 59, 94

parcial 129, 159, 223

total 130, 159, 227

transicional 130

Omnipotencia 128

P

Pacto 259

Paleosímbolo 90

Pantalla beta 121

Personalidad 37

como si 212

esquizoide 95

narcisística 194

organización fronteriza de la 194

paranoide 95

pre-maniaco-depresiva 95

pseudo madura 162

tormentosa 95

Persuasión 269

Perversión 64

Posición

depresiva 149, 164, 225, 226, 227

esquizo-paranoide 222, 227

genital 164

Preconceptos 162

Preconsciente 47

Predisposición genética 38

Principio

de displacer-placer 43, 130

de nirvana 43, 108

de realidad 43, 130

Proceso

primario 48

secundario 48

Proyección 59, 129, 141

Prueba de realidad 124, 129

Pseudointrospección psicótica 145

Psicosis 88, 95

vacía 208

infantiles 189

simbióticas 189

maniaco-depresiva 95

R

Racionalización 144

Reacción

terapéutica negativa 109, 222, 264

Regresión 166

cronológica 168

en el sueño 168

formal 168

topográfica 168

Renegación 157

Reparación 149, 195, 227

maniaca 227

Representación 163

Represión 137

histérica 139
obsesiva 140
Reproducción 125, 127
 alucinatoria 125
 de pensamiento 127
Resistencia
 (ver bloqueo) 263
Restos diurnos 117
Retorno de lo reprimido 64
Reverie 144, 184, 185, 259
Rumiación 80, 192

S

Self

 falso 162
 grandioso 198
 ideal 198
 object 197
Series complementarias 38
Sexualidad infantil 179
 genital 208
 Simbolización 89, 118, 152, 274
Síndrome de Belle de Jour 107, 212
Síndrome de lavado de cerebro 116
Síndrome de niño maltratado 212
Síntoma 77
 conversivo histérico 74
Situación analítica 257

Sobrecompensación 146
Somatización 74
Sublimación 147
Sueños 115, 275
 elaboración secundaria 118
Sugestión 269
Superyó 57, 62, 130, 205

T

Tánatos 102
Trabajo del duelo 96
Trabajo del sueño 119
Transferencia 172, 264
 en espejo 197
 negativa 264
Transición 50

V

Vergüenza 243
Virtudes básicas 242
Vivencia traumática 44
Veracidad 221

Y

Yo 57, 61

Z

Zona erógena 180, 190

1. *...*
2. *...*
3. *...*
4. *...*
5. *...*
6. *...*
7. *...*
8. *...*
9. *...*
10. *...*
11. *...*
12. *...*
13. *...*
14. *...*
15. *...*
16. *...*
17. *...*
18. *...*
19. *...*
20. *...*
21. *...*
22. *...*
23. *...*
24. *...*
25. *...*
26. *...*
27. *...*
28. *...*
29. *...*
30. *...*
31. *...*
32. *...*
33. *...*
34. *...*
35. *...*
36. *...*
37. *...*
38. *...*
39. *...*
40. *...*
41. *...*
42. *...*
43. *...*
44. *...*
45. *...*
46. *...*
47. *...*
48. *...*
49. *...*
50. *...*
51. *...*
52. *...*
53. *...*
54. *...*
55. *...*
56. *...*
57. *...*
58. *...*
59. *...*
60. *...*
61. *...*
62. *...*
63. *...*
64. *...*
65. *...*
66. *...*
67. *...*
68. *...*
69. *...*
70. *...*
71. *...*
72. *...*
73. *...*
74. *...*
75. *...*
76. *...*
77. *...*
78. *...*
79. *...*
80. *...*
81. *...*
82. *...*
83. *...*
84. *...*
85. *...*
86. *...*
87. *...*
88. *...*
89. *...*
90. *...*
91. *...*
92. *...*
93. *...*
94. *...*
95. *...*
96. *...*
97. *...*
98. *...*
99. *...*
100. *...*

1. *...*
2. *...*
3. *...*
4. *...*
5. *...*
6. *...*
7. *...*
8. *...*
9. *...*
10. *...*
11. *...*
12. *...*
13. *...*
14. *...*
15. *...*
16. *...*
17. *...*
18. *...*
19. *...*
20. *...*
21. *...*
22. *...*
23. *...*
24. *...*
25. *...*
26. *...*
27. *...*
28. *...*
29. *...*
30. *...*
31. *...*
32. *...*
33. *...*
34. *...*
35. *...*
36. *...*
37. *...*
38. *...*
39. *...*
40. *...*
41. *...*
42. *...*
43. *...*
44. *...*
45. *...*
46. *...*
47. *...*
48. *...*
49. *...*
50. *...*
51. *...*
52. *...*
53. *...*
54. *...*
55. *...*
56. *...*
57. *...*
58. *...*
59. *...*
60. *...*
61. *...*
62. *...*
63. *...*
64. *...*
65. *...*
66. *...*
67. *...*
68. *...*
69. *...*
70. *...*
71. *...*
72. *...*
73. *...*
74. *...*
75. *...*
76. *...*
77. *...*
78. *...*
79. *...*
80. *...*
81. *...*
82. *...*
83. *...*
84. *...*
85. *...*
86. *...*
87. *...*
88. *...*
89. *...*
90. *...*
91. *...*
92. *...*
93. *...*
94. *...*
95. *...*
96. *...*
97. *...*
98. *...*
99. *...*
100. *...*

ÍNDICE DE AUTORES

A

Aberastury, A. 238-239, 244
 Abraham, K. 50, 97, 181, 188,
 192
 Alexander, F. 74, 270
 Álvarez, B. 144, 162
 Arango, C. 38, 43
 Arcila, G. 266, 268
 Ariete, S. 86, 91, 145

B

Ballesteros, G. 183
 Barranger, W. 44
 Binswanger, L. 156
 Bion, W. 121, 144, 162, 184
 Bleger, J. 44
 Bleuler, E. 50, 89, 93, 225
 Bloss, B. 235, 241
 Bowlby 187
 Brainsky, S. 26, 62, 73, 95, 144,
 150, 171, 235-237, 239, 240, 261,
 264, 274
 Brenner, Ch. 58

C

Cobos, F. 188-189
 Cooper, D. 89

D

De Zubiría, R. 205

Deutch, F. 162, 212
 Devis, F. 207
 Durant, W. 25

E

Eidelberg, L. 64, 77, 132
 Erikson, E. 32, 145, 189, 237,
 241, 242
 Ey, H. 81-82, 88, 255, 257

F

Fenichel, O. 25, 27, 81, 105, 170,
 179, 183, 191, 272
 Ferenczi, S. 69, 132, 192
 Fink, P. J. 67
 Freud, A. 135, 143, 158, 160, 170,
 182, 195, 199, 234, 236, 237
 Freud, S. 26, 28, 29, 38, 39, 41, 43,
 47, 48, 50, 52, 53, 57, 60, 61, 63,
 64, 66, 69, 71, 72, 73, 78, 79, 81,
 85, 88, 91, 93, 95, 99, 101, 105,
 107, 108, 109, 110, 112, 115,
 118, 123, 125, 130, 135, 138,
 139, 140, 144, 148, 149, 150,
 151, 155, 156, 157, 159, 160,
 163, 164, 167, 171, 172, 179,
 180, 181, 182, 194, 203, 204,
 205, 209, 215, 221, 238, 239,
 240, 247, 261, 262, 264, 265,
 266, 267, 268, 273, 275.
 Fromm-Reichmann, F. 91, 166,
 216, 262

- G**
- Garma, A. 120
 Gómez, E. 105
 Green, A. 208
 Greenson, R. 216, 236, 268
 Groddeck, G. 58
 Guntrip, H. 44, 228, 238.
- H**
- Hartmann, H. 124-125, 149, 182, 215, 218-219
 Heimann, P. 102, 162
 Hill, L. 256
- I**
- Ireland, P. 70
- J**
- Jacques, E. 248, 249, 251
 Jones, E. 58-59
 Jung, C. G. 41, 86, 130
- K**
- Kanner, L. 189
 Kernberg, O. 162, 198, 217
 Klein, M. 125, 129, 131, 143, 149, 152, 156, 163, 165, 182, 195, 208, 220, 221, 222, 223, 225, 227, 228, 247, 267
 Knobel, M. 238
 Koestler, A. 103
 Kohut, H. 86, 162, 195, 197, 198, 217
 Kolb, L. C. 32, 38, 68, 148
- Kramer, H. y Sprenger, J. 192
 Kriss, E. 169
- L**
- Lagache, D. 265
 Laing, R. 26, 89
 Langer, M. 229
 Lauder, R. 208, 222, 226, 229
 Lewin, B. 116
 Liberman, D. 273
 Lorenz, K. 104
- M**
- Mahler, M. 189
 Malinowsky, B. 207, 234
 Marcuse, H. 29, 140
 McLaughlin, H. 136, 169
 Meltzer, D. 162, 184
 Menninger, K. 259
 Milner, M. 152
- N**
- Noy, P. 39, 54, 169
- P**
- Pacheco, M. 195
 Pichot, P. 68
 Plata, C. 267
- R**
- Racker, H. 242, 246
 Rangell y Stone 73
 Rank, O. 110
 Rascovsky, A. 125

Redlich, F. y Freedman, D. 188

Reich, W. 77

Rimm, D. 270

Riviere, J. 161

Rodrigué, E. 153, 235, 257

Rogers, C. 270

Rolla, E. 216, 218, 219

Rosen, J. 270

Rosenfeld, H. 142

Rosso, F. 169

S

Sánchez, G. 280

Sartre, J. P. 29, 100

Segal, H. 170, 221, 227, 228

Shapiro, M. 90

Shirer, W. 146

Sontag, S. 145

Spitz, R. 125, 182, 185, 187

Sterba, R. 59, 191

Strachey, J. 131, 268

Sullivan, H. 30

Szaz, T. 89

T

Tallaferro, A. 43

Tausk, V. 71

V

Van der Leeuw, J. P. 137

Villarreal, I. 196, 198

W

Winnicott, D. W. 128, 162, 163,
167, 181, 182, 242, 274

Y

Yam n, L. 262, 277